

Álcool e outras drogas



CRP SP | XIII Plenário (2010-2013)

DIRETORIA

Presidente Carla Biancha Angelucci

Vice-presidente Maria de Fátima Nassif

Secretário Luis Fernando de Oliveira Saraiva

Tesoureira Gabriela Gramkow

GERENTE GERAL

Diógenes Pepe

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO

Christiane Gomes

CONSELHEIROS EFETIVOS

Ana Ferri de Barros, Carla Biancha Angelucci,
Carolina Helena Almeida de Moraes Sombini,
Fernanda Bastos Lavarello, Gabriela Gramkow,
Graça Maria de Carvalho Câmara, Janaína Leslão
Garcia, Joari Aparecido Soares de Carvalho,
Leandro Gabarra, Luis Fernando de Oliveira
Saraiva, Maria de Fátima Nassif, Mariângela
Aoki, Maria Orlene Daré, Patrícia Unger Raphael
Bataglia, Teresa Cristina Lara de Moraes.

ORGANIZAÇÃO DOS TEXTOS

Bruno Ramos Gomes,
Christiane Gomes, Fátima Nassif
e Marília Capponi

REVISÃO

Estela Maria Carvalho

PROJETO GRÁFICO

Fonte Design

CONSELHEIROS SUPLENTES

Alacir Villa Valle Cruces, Cássio Rogério Dias
Lemos Figueiredo, José Ricardo Portela, Lilihan
Martins da Silva, Luiz Eduardo Valiengo Berni,
Luiz Tadeu Pessutto, Marília Capponi, Marly
Fernandes dos Santos, Rita de Cássia Oliveira
Assunção, Roberta Freitas Lemos, Rosana Cathya
Ragazzoni Mangini, Teresa Cristina Endo.

C744p Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org).

Álcool e Outras Drogas./ Conselho Regional de
Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP, 2011.
142f.; 23cm.

Bibliografia

ISBN: 978-85-60405-19-0

1. Álcool 2. Drogas 3. Criminologia
3. Dependência-Tratamento 4. Psicologia I. Título

CDD 613.83

Álcool e outras drogas

São Paulo | 2012 | 1ª Edição



Conselho Regional de Psicologia SP

Apresentação

NO MOMENTO EM QUE A REGULAMENTAÇÃO da Psicologia como profissão completa 50 anos no Brasil, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, reafirmando seu compromisso social, inaugura o selo EM DEBATE, que nasceu da necessidade de divulgação de posicionamentos contra-hegemônicos sobre temas prioritários e candentes na sociedade.

O Sistema Conselhos de Psicologia, composto pelo Conselho Federal e os Conselhos Regionais, constitui-se como autarquia, responsável por orientar, regulamentar e fiscalizar o exercício profissional.

Com o selo EM DEBATE, o CRP SP enfatiza um importante eixo de suas atribuições: a construção de referências para a atuação profissional do (a) psicólogo (a) em temas que demandam aprofundamento das discussões, seja por envolverem disputa de visões e modelos de atenção, por mobilizarem a opinião pública, ou por não terem a necessária visibilidade. Estas referências buscam romper com estereótipos, preconceitos, simplificações e maniqueísmos. Com isso, o CRP SP pretende firmar cada vez mais o protagonismo e a contribuição social da Psicologia, como ciência e profissão.

Não por acaso a publicação *Álcool e Outras Drogas* inaugura o selo EM DEBATE. No que se refere ao consumo de álcool e outras drogas, a discussão ainda é atravessada pelo medo e pelo moralismo. É preciso desconstruir mitos e abrir espaço para reflexões que procurem ir à raiz da questão, descortinando os interesses em jogo e analisando criticamente a efetividade dos modelos vigentes.

A iniciativa do CRP SP em publicar este livro integra uma perspectiva histórica de consolidar diretrizes e delinear caminhos e possibilidades a serem seguidas, a partir da compreensão da singularidade do ser humano, enfrentando de maneira clara a complexidade presente na questão das drogas em nossa sociedade, considerando a influência dos sistemas de valores e crenças presentes nos posicionamentos sobre este tema.

O posicionamento assumido tanto pelo CRP SP, quanto por todo Sistema Conselhos, é de que as políticas públicas de saúde para usuários (as) de álcool e outras drogas devem ser coerentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica, em que a internação é o último recurso e a vontade do (a) usuário (a), como sujeito de direitos, deve ser considerada

e respeitada. Estas políticas devem ser necessariamente intersetoriais. Portanto, é fundamental que investimentos públicos sejam feitos nas diversas áreas envolvidas, como Saúde, Assistência Social, Educação e Trabalho.

Faz-se necessária também a criação de estratégias para o desafiador exercício da interdisciplinaridade, o que só é possível por meio de reflexão sobre os papéis e os saberes de cada área profissional envolvida.

Ao (à) psicólogo (a), esperamos que a leitura dos textos traga subsídios relevantes para o exercício profissional. À sociedade, esperamos que contribua para a problematização e adensamento do debate sobre o tema, bem como para o delineamento de novas estratégias de atenção aos (as) usuários (as), garantindo o direito a projetos individuais e em acordo com os princípios antimanicomial, com a universalização do acesso às políticas públicas e com o pleno exercício à cidadania.

Maria de Fátima Nassif

Vice Presidente do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

Sumário

9 INTRODUÇÃO
 Álcool e outras drogas:
 novos olhares, outras percepções
 Bruno Ramos Gomes e Marília Capponi

15 Drogas e Ser Humano: a prevenção do possível
 Marcelo Sodelli

23 Drogas e Sociedade
 Mônica Gorgulho

35 Intervenções clínicas: o uso, abuso
 e dependência de drogas
 Eroy Aparecida da Silva

43 Mitos e dados epidemiológicos a respeito
 do uso de drogas
 Elisaldo Luís de Araújo Carlini

51 Drogas: Aspectos Jurídicos e Criminológicos
 Cristiano Ávila Maronna

61 Crack e mídia: comunicação e propaganda
 na idade da pedra
 Rodrigo Alencar

67 O enfoque na mudança de mentalidade como arma
 para suplantar o proibicionismo
 Júlio Delmanto e Marco Magri

75 Subjetividade e uso de drogas
Abílio da Costa-Rosa

93 MESA-REDONDA

*Políticas públicas sobre drogas:
situação atual, desafios e perspectivas*

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Adriana Barbosa Sócrates

Décio de Castro Alves

109 O lugar da Política de Assistência Social na
atenção às pessoas que fazem uso abusivo
de álcool e outras drogas

Luciana Bolognini

115 Drogas e Juventude: outro caminho
Gabriel Medina

121 Reflexões sobre o trabalho com o outro a partir
do fenômeno de jovens em situação de
vulnerabilidade e de rua

Claudio Silva Loureiro

127 Redução de Danos
Denis Roberto da Silva Petuco

139 Seis Faces de um CAPS AD
Ariane Cristine Custodio dos Santos; Daniel Vannucci Dobies;
Fernanda Pastori; Flaviana Rodrigues de Sousa; Juliana
Hernandes Correa e Viviane Marcondes Nagata



Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções

Bruno Ramos Gomes

Psicólogo e Mestre em Saúde Pública, é coordenador e presidente do Centro de Convivência É de Lei e militante da redução de danos e antiproibicionista. É pesquisador ligado ao NEIP e à ABESUP

Marília Capponi

Militante Antimanicomial e Conselheira do CRP SP, é trabalhadora da saúde pública - atualmente coordena o CAPS AD e supervisiona o Consultório na Rua de Embu das Artes.

ESTA PUBLICAÇÃO FOI CONCEBIDA a partir de uma leitura crítica do panorama atual que cerca o fenômeno do uso/abuso de substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas. Nos últimos dois anos, temos visto uma retomada da discussão em torno do uso de drogas, principalmente do emergente e, antes localizado, *crack*. A constante aparição deste debate acontece na mídia, que tem alardeado a situação de forma distorcida, e também nas campanhas eleitorais, nos discursos de políticos e na definição de estratégias de ação e de políticas públicas. Ao mesmo tempo em que se reacende a discussão sobre o assunto, é surpreendente o quão superficial e cheia de preconceitos ela está acontecendo, como se não tivéssemos nunca lidado com o uso de drogas na história da humanidade.

O debate acerca do uso ou abuso de álcool e drogas ganhou força no ano de 2011, tendo sido noticiado pelos grandes meios de comunicação de forma estritamente parcial. Nesse mesmo ano houve o lançamento oficial da política nacional de atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas, o chamado Plano de Enfrentamento ao Crack, que tem gerado inúmeras preocupações em movimentos e entidades que trabalham e militam nos campos da redução de danos, luta antimanicomial, direitos humanos e direitos de crianças e adolescentes. O Plano Crack, como ficou conhecido, contém elementos que desrespeitam avanços já consolidados nas políticas públicas do país e traz ameaças aos direitos humanos e sociais dos usuários quando propõe a inclusão das comunidades terapêuticas – instituições religiosas que trabalham na lógica da moralidade e da segregação – e a possibilidade do uso de internações involuntárias e compulsórias como centralidade de tratamento.

Um olhar mais atento percebe o quanto a questão está conectada com muitos outros interesses dos que formulam as políticas públicas. Na cidade de São Paulo, uma das sedes da próxima Copa do Mundo de 2014, as respostas-soluções com relação ao uso e abuso de drogas têm servido a interesses privados, como a especulação imobiliária e a privatização das políticas públicas.

Já no começo de 2012, as cenas vivenciadas no centro de São Paulo mostraram a violência policial contra usuários de drogas, em sua maioria população de rua, e internações involuntárias e compulsórias dessas pessoas em comunidades terapêuticas. Na região conhecida como Cracolândia, assistimos à ação de um efetivo policial com mais de 250 homens agindo violentamente contra pessoas desarmadas, vulneráveis e com sérios problemas de saúde. Enquanto isso, no Rio de Janeiro, desde maio de 2011 ações constantes de internações e abrigamentos compulsórios de pessoas (adultos e crianças) apenas por aparentar serem usuários de *crack* em situação de rua, são feitas de forma totalmente desrespeitosa à constituição e aos direitos dessas pessoas. Essas pessoas são levadas a espaços de segregação com equipes e infraestruturas precárias e que já receberam denúncias de diversos órgãos municipais, estadual e federal quanto ao tipo de tratamento que ofertam.

Ao mesmo tempo em que pesquisa feita pelo instituto Datafolha mostra que os moradores de rua dos centros de grandes capitais são os “excluídos dos excluídos”, pesquisas do mesmo instituto mostram que 90% da população é a favor de que se interne à força estas pessoas; e 82% delas concordam com a ação violenta nas *cracolândias*. O que está acontecendo? Por que este apoio popular a ações tão brutais, desrespeitosas e, acima de tudo, inefetivas?

Ao prestarmos atenção ao que é veiculado na mídia diariamente sobre o uso de drogas, a impressão que se tem é que a situação mostra-se como uma epidemia: extremamente grave, perigosa e que exige ações rápidas e enérgicas, sob o temor de que o país seja dominado pelos usuários dessa droga, denunciando grave problema de fundo essencialmente social. Em situações de emergência se formulam respostas rápidas e o debate democrático, no qual diversos atores sociais têm legitimidade de pensamento e intervenções, não é permitido.

Frente a isso, tem sido deixado de lado o que já havia sido construído com relação às políticas públicas, principalmente ao que se refere à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ainda não temos uma rede substitutiva de saúde mental totalmente implementada. Enquanto isso, vemos o investimento público em instituições de cunho religioso, que haviam sido vetadas nas últimas Conferências de Saúde Mental (2010) e de Saúde (2011). Mais grave que defender a exclusão é escolhê-la, quando já se apostou na construção de práticas e políticas públicas libertárias e cidadãs. Ao proporcionar a banalização da internação contra a vontade do usuário, se liberou uma nova ordem de violência contra as populações mais vulneráveis. Os usuários das chamadas *cracolândias*, esquecidos por lá durante mais de 20 anos, precisam, de repente, ser “freados” em seu vício, custe o que custar, numa reedição do higienismo social praticado no século XIX.

O crack, por exemplo, é apresentado como droga que cria dependência já em seu primeiro uso. Uma substância que faz com que a pessoa rapidamente abandone sua rotina e comprometa suas relações pessoais em nome desse uso, o que a levará à morte, pois seria quase impossível largá-la. São constantes também reportagens mostrando a formação de *cracolândias* por todo o país, usuários no meio rural e em cidades de menos de 10 mil habitantes, pintando um quadro apavorante e sem controle. O usuário é mostrado como um zumbi, alguém que não é mais senhor de si, não tem mais juízo ou vontade, sendo perigoso por fazer de tudo em nome de mais uma pedra ou mais um trago. As estimativas sobre a expansão desse uso são muito variadas, indo de 600 mil a 3 milhões de dependentes. Porém o mais surpreendente a um olhar um pouco mais atento é, na verdade, a quantidade de estimativas, suposições e, principalmente, falta de informação que se tem sobre esse uso. Praticamente nenhuma das informações acima tem embasamento: são apenas suposições e mitos.

Enquanto no último levantamento do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas), de 2005, o *crack* aparece como tendo sido usado apenas por 0,3% da população, o álcool surge como sendo consu-

mido por 74% da população brasileira. A estimativa de dependentes de álcool no Brasil chega a 12%. Apesar dessas diferenças tão discrepantes entre a incidência do uso de álcool e do *crack*, pouco se fala sobre a questão do álcool como grave problema de saúde pública e não vemos nenhum movimento urgente para reduzir seu uso.

O debate sobre as drogas envolve questões éticas e políticas. Faz-se uma escolha quando decide-se tratar o uso do *crack* com ações policiais violentas e tratamentos compulsórios e não proporcionar o cuidado do usuário no território. É também uma escolha de toda a sociedade aprovar esta escolha e ver o uso ou abuso do álcool como culturalmente aceito e visto de forma despreocupada e condescendente. Que tipo de sociedade estamos construindo?

Frente a esse panorama em que o desconhecimento sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas no Brasil está encoberto por concepções simplistas e carregadas de moralidade é que se pensou esta publicação.

Os textos apresentados despertam a reflexão e promovem o debate sobre o assunto, já que abordam formas diferentes de olhar o fenômeno e apresentam novas práticas de cuidado em diversas áreas.

O texto *Drogas e Ser Humano: A prevenção do possível* pensa a prevenção a partir de uma perspectiva não unicamente absenteísta. *Seis faces de um Caps-AD* nos apresenta a experiência do trabalho cotidiano de um CAPS-AD a partir de relatos de casos. Já o texto *Crack e mídia: comunicação e propaganda na idade da pedra*, reflete a mídia e a propaganda, retratando o uso de drogas, do crack principalmente, e suas implicações na sociedade. No texto *O lugar da Política de Assistência Social na atenção às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas*, a autora traz questões relacionadas ao uso de drogas e como isso está presente no âmbito SUAS. *Reflexões sobre o trabalho com o outro a partir do fenômeno de jovens em situação de vulnerabilidade e situação de rua*, o autor, a partir de sua experiência com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social que fazem uso de drogas, discute suas dificuldades e os impasses presentes neste complexo cotidiano. Ao fim desta parte, temos o texto *O enfoque na mudança de mentalidade como arma para suplantar o proibicionismo*, que apresenta o trabalho contemporâneo de militância antiproibicionista realizado pelo Coletivo DAR (Desentorpecendo a Razão).

Para finalizar, também transcrevemos falas de importantes atores nesse debate, que participaram de eventos organizados pelo CRP SP no ano de 2009. São eles: Mônica Gorgulho, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Eroy Aparecida da Silva, Abílio da Costa Rosa, Adriana Barbosa Sócrates, Cristiano Ávila Maronna, Dênis da Silva Petuco, Décio de Castro

e Elizaldo Luís de Araújo Carlini.

A partir dessas experiências e reflexões, fica clara a ineficácia da política proibicionista – pactuada por importantes setores da sociedade do capital. Acima de tudo, esta publicação nos mostra que não precisamos mais ficar presos aos velhos métodos de lidar com os problemas associados ao uso de drogas, que segregam, estigmatizam e violentam os usuários. Por sua história no movimento antimanicomial e na defesa dos direitos humanos, a Psicologia, através do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, entende que pode colaborar com esta discussão. Para isso, transcrevemos debates promovidos no ano de 2010 que tiveram a presença de importantes atores do campo de práticas responsáveis acerca das drogas e políticas públicas. Também achamos importante mostrar reflexões e práticas inovadoras no intuito de dar visibilidade a trabalhos com usuários abusivos de drogas que estejam de acordo com as políticas já construídas e que, por respeitarem os direitos humanos, dão voz aos usuários e respeitam a lógica do cuidado conquistada em mais de 20 anos de reforma sanitária no país.



Drogas e ser humano: a prevenção do possível

Marcelo Sodelli

Professor e Pesquisador do curso de Psicologia da
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-
SP e Presidente da ABRAMD (Associação Brasileira
Multidisciplinar de Estudo sobre Drogas)

DISCUTIR SOBRE A PREVENÇÃO ao uso de risco e dependência de drogas evoca muito mais que conhecer somente os aspectos farmacológicos dos psicoativos ou novas estratégias/técnicas pedagógicas. Ao lidar com o fenômeno do uso de drogas somos convocados a pensar sobre nós mesmos, sobre o ser humano e o mundo em que vivemos.

Porém, a resposta da sociedade à complexidade do uso de drogas pode ser caracterizada como um processo de simplificação e reducionismo desse fenômeno, o que na área da prevenção é representada na postura proibicionista. Projetos preventivos balizados pelo “Diga não às Drogas” trata esta questão de modo idealizado, já que almeja alcançar uma sociedade livre dessas substâncias (o que contraria a história humana, pois não conhecemos sociedade que não tenha algum tipo de uso). Seu objetivo principal é fazer com que as pessoas nunca experimentem e que se mantenham sempre na abstinência. Por certo, é um modelo que utiliza a metodologia amedrontadora. Parte-se do princípio de que o medo faça com que as pessoas não tenham coragem de experimentar as drogas. Essa postura, sem dúvida a mais presente na realidade brasileira, é aquela fundamentada na “Intolerância e Guerra contra as Drogas” (Exemplo: Proerd, Parceira contra as drogas, etc).

Por outro lado, várias pesquisas científicas¹ revelam que essa abordagem não vem conseguindo responder à complexidade desse fenômeno. Nesse sentido, não podemos deixar de mencionar que uma dimensão esquecida pela referida postura é em relação às drogas lícitas (álcool e tabaco). Como pensar o trabalho preventivo ao uso do álcool por meio do proibicionismo, se sabemos por meio dos dados epidemiológicos que mais de 80% dos jovens já experimentaram essa droga? Será que a única estratégia preventiva que temos em relação às drogas lícitas é a promo-

1 Entre outros: SODELLI, 2010; CANOLETTI & SOARES, 2005; MOURA, 2005; TAVARES-DE-LIMA, 2003.

ção da abstinência? E em relação às drogas ilícitas (inalantes, maconha, etc.), será que a metodologia do terror é realmente mais segura? E ainda podemos acrescentar: será que a prevenção por meio da instauração do medo é a melhor ação educativa? Esse tipo de abordagem consegue se sustentar eticamente?

As questões acima nos levam para uma nova postura preventiva, que busca a desconstrução do modelo proibicionista, pois entende que somente a preconização da abstinência e a aplicação da metodologia amedrontadora não são as melhores estratégias. Assim, por meio da aproximação do modelo de Redução de Danos e da noção de Vulnerabilidade² nasce uma nova abordagem na prevenção ao uso e dependência de drogas: *Ações Redutoras de Vulnerabilidade*.

A abordagem de Redução de Danos³ não tem como objetivo principal fazer com que o usuário interrompa o uso da droga, ou que o indivíduo nunca a experimente. Sua preocupação não é a de acabar com o consumo (entende que de algum modo sempre teremos que lidar com isso), mas sim pretende lidar com o modo como este consumo é realizado, priorizando, especificamente, diminuir os possíveis danos à saúde.

Trabalhar a prevenção na perspectiva da abordagem de Redução de Danos é compreender que o melhor caminho para lidar com o uso de drogas não é o de decidir e definir pelos outros quais são os comportamentos mais adequados e corretos. Muito diferente disso, é construir, **junto** com o outro, possibilidades de escolhas mais autênticas e livres, diminuindo vulnerabilidades.

A noção de vulnerabilidade foi inicialmente pensada como maneira de fornecer elementos para avaliar, objetivamente, as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar pelo HIV, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema. Depois se estendeu para outras questões, como a da violência nas relações de gênero e ao uso de drogas. Assim, o quadro de vulnerabilidade pode ser compreendido na tarefa preventiva ao uso de risco e dependência de drogas da seguinte forma:

Componente individual – a maior vulnerabilidade não deve ser entendida como uma decorrência imediata da ação voluntária dos indivíduos, grupos populacionais ou nações, mas sim relacionada a condições

2 A noção de vulnerabilidade nos direciona para uma nova atitude preventiva: não acabar com a vulnerabilidade, mas sim, reduzi-la.

3 A Redução de Danos teve origem na Inglaterra, em 1926 e ficou conhecida a partir das recomendações do Relatório Rolleston, que estabelecia o direito dos médicos ingleses de prescrever suprimentos regulares de opiáceos a dependentes dessas drogas.

objetivas do meio natural e social em que os comportamentos acontecem, ao grau de consciência que os indivíduos, grupos populacionais ou nações têm sobre esses comportamentos e ao poder de transformação que possuem, a partir dessa consciência;

Componente social – diz respeito a aspectos de como se dá o acesso à informação pelos sujeitos ou grupos populacionais, bem como o acesso aos serviços de saúde e educação; aspectos sociopolíticos e culturais relacionados a determinados segmentos populacionais, tais como: mulheres, crianças, idosos, populações indígenas, entre outros; o grau de liberdade de pensamento e expressão dos diferentes sujeitos;

Componente programático (político-institucional) – se refere a aspectos como financiamentos previstos para programas preventivos, à presença ou não de planejamento das ações, à possibilidade de formação de redes ou coalizão interinstitucional para atuação, além do compromisso expresso das autoridades para tal.

No que tange à prevenção, utilizar a noção de vulnerabilidade poderia se tornar uma ferramenta valiosa, ampliando significativamente o modo de compreender e intervir nesta questão, além do que ganhar mais relevância quando resgatamos a sua origem no campo dos direitos humanos, que, por sua vez, confere ao Modelo de Redução de Danos argumentos éticos e possibilidades de legitimação para efetiva implementação. Assim, a aproximação do Modelo de Redução de Danos e da noção de vulnerabilidade se dá antes de tudo, no plano da ética, da cidadania e dos direitos humanos.

A compreensão de que ninguém é vulnerável, mas está vulnerável, resultante da dinâmica relação entre os componentes individuais, sociais e programáticos, provoca novas reflexões sobre a prevenção ao uso nocivo de drogas, particularmente, em relação a projetos desenvolvidos com jovens e crianças. A partir do entendimento de que a vulnerabilidade não é algo estático e pontual, mas dinâmico e contínuo, projetos preventivos pontuais, meramente informativos, teriam resultados limitados. Nessa mesma direção, propor a implementação de projetos preventivos apenas para adolescentes é negar o caráter construtivo e provisório do quadro de vulnerabilidade. Ora, considerar esta noção é reconhecer a importância de possibilitar para o aluno a construção de seu projeto de vida, ou seja, encorajar o poder de transformação, o que estamos nomeando hoje como a possibilidade de construção de sua plena cidadania. Torna-se evidente, assim, que os projetos preventivos que levem em consideração a noção de vulnerabilidade deveriam, preferivelmente, ser iniciados já na educação infantil ou pelo menos no ensino fundamental, percorrendo toda a vida estudantil, chegando ao ensino médio. É nesse sentido que

entendemos o entrelace da prevenção ao uso nocivo de drogas com a noção de vulnerabilidade e, mais especificamente, no âmbito escolar, na possibilidade da construção permanente de uma rede cuidadora entre o professor e o aluno. Isso nos parece fundamental: prevenção na escola é trabalhar para construir uma rede cuidadora e permanente entre o professor e o aluno.

Ao dialogar com outros interesses, sem ser o da proibição e do controle, o sentido da prática preventiva se modifica, assim como o seu modo de dialogar. Portanto, não é o técnico (professor, psicólogo, médico etc.) que determinará **como** o sujeito-alvo (criança, jovem, professor etc.) deveria se prevenir, mas é o próprio sujeito, a partir de uma intensa reflexão, que se colocará em questão, buscando formas e apoio para reduzir suas vulnerabilidades.

A partir de nossas considerações, apresentamos abaixo algumas diretrizes preventivas na perspectiva das Ações Redutoras de Vulnerabilidade (SODELLI, 2010):

Diretrizes Individuais (pessoais):

- » Procurar desenvolver uma postura crítica à mera proibição do uso de drogas, como também em relação à abstinência como o principal e único objetivo da prevenção;
- » Reconhecer que o objetivo da prevenção não é ditar comportamentos e sim contribuir para que cada pessoa, a partir de uma intensa e contínua reflexão, encontre modos de lidar e reduzir suas próprias vulnerabilidades, durante toda a sua vida;
- » Compreender que a vulnerabilidade ao uso de risco e dependência de drogas não é algo inerente às pessoas, mas uma condição que está sempre presente, pois estamos sempre vulneráveis a algo em diferentes graus e dimensões, sendo que essas vulnerabilidades mudam ao longo do tempo, por tudo isso, o trabalho preventivo deveria estar presente durante todo o percurso da vida;
- » Cultivar uma relação de dialogicidade no contato com o outro, no sentido de facilitar a formação de uma consciência crítica, capaz de identificar possíveis riscos;
- » Respeitar e ouvir as escolhas das pessoas (público-alvo) em relação ao modo como lidam com o uso de drogas, cultivando um clima afetivo no qual seja possível colocar em questão essas decisões, sempre no sentido de ampliar as possibilidades de ser, de reduzir as vulnerabilidades;

- » Não reproduzir de forma alguma a “pedagogia do terror” (terrorismo – instaurar o medo) e os seus procedimentos de amedrontamento e intimidação, pautada na exacerbação das advertências sobre os perigos advindos do uso de drogas;
- » Posicionar-se criticamente perante as informações veiculadas pela grande mídia sobre a questão das drogas;
- » Não banalizar as discussões sobre o uso nocivo de drogas, minimizando as possíveis consequências negativas desse uso.

Diretrizes Sociais (contexto):

- » As ações preventivas devem ser pautadas em objetivos realistas e possíveis de serem alcançados;
- » Romper com o imaginário que é possível uma sociedade sem o uso de drogas;
- » Trabalhar a prevenção desde a infância, no sentido de um cuidado que possibilite à criança se encontrar consigo mesma, buscando o desenvolvimento de um modo de ser próprio e autêntico;
- » Abordar a prevenção ao uso de drogas de maneira ampla, contemplando tanto as drogas lícitas como as ilícitas;
- » Considerar no planejamento das ações preventivas os aspectos estatísticos sobre o uso de drogas do público-alvo, principalmente, sobre a droga mais utilizada atualmente, enfatizando as drogas lícitas (por exemplo: o álcool e o tabaco, como também os remédios comercializados legalmente);
- » Incentivar experiências que incluem o respeito a si mesmo, aos outros e à dignidade humana, reforçar a autonomia pessoal, incentivar o desenvolvimento afetivo e social, a integridade moral, o senso de dignidade e de cidadania;
- » Desenvolver atividades que possibilitem a reflexão sobre o projeto de vida dos participantes, encorajando o poder de transformação, no sentido da construção de sua plena cidadania.

Diretrizes Programáticas (políticas públicas, institucionais):

- » Considerar sempre que todos os pressupostos enumerados contêm concepções gerais, a serem adaptadas e contextualizadas, levando em conta as contingências no âmbito em que se pretende desenvolver o trabalho preventivo;

- » Todo o trabalho preventivo deve ser entendido a médio/longo prazo, por meio de um processo educativo integrador e sistemático;
- » Todas as informações devem ser transmitidas de maneira fidedigna, objetiva e realista, pautadas no conhecimento científico, respeitando a particularidade e capacidade de compreensão de cada público-alvo;
- » Os procedimentos implantados devem ser passíveis de avaliação múltipla, aplicando aos resultados, processos e estruturas, considerados durante todo o trabalho, oferecendo, assim, subsídios para novas posturas e correções de ações preventivas;
- » As políticas em relação às drogas devem ser integradas às políticas sociais mais gerais;
- » Integrar as ações preventivas aos programas já existentes, buscando parcerias com outras instituições de educação, saúde, meio ambiente, etc.;
- » A viabilização dos programas depende da participação de toda a sociedade.

A insistência em preconizar o modelo proibicionista e a pedagogia do controle poderá custar a todos nós a perpetuação da inexistência de um autêntico trabalho de prevenção ao uso nocivo de drogas. Ou seja, o esquecimento de um dos sentidos mais próprios da educação: reduzir vulnerabilidades.

Referências Bibliográficas

- CANOLETTI, B. e SOARES, C. B. Drug consumption prevention programs in Brazil: analysis of the scientific production from 1991 to 2001. *Interface – Comunicação, saúde, educação*. São Paulo, v.9, n.16, p.115-29, 2005.
- MOURA, R. A. C. *O diálogo entre as políticas, as pesquisas acadêmicas e a práxis de prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas*. Dissertação (Mestrado em Educação: Psicologia da Educação), Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2004.
- SODELLI, M. A. Abordagem Proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. In: *O Desafio da Drogadicção na Sociedade Contemporânea*. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, volume 15, n. 3, maio, 2010.

_____. *Drogas e Prevenção: da desconstrução da postura proibicionista as ações redutoras de vulnerabilidade*. São Paulo, Editora Iglu, 2010.

TAVARES-DE-LIMA, F. F. *Prevenção ao uso de drogas: modelos utilizados na educação, suas relações e possibilidade quanto a atitudes preventivas*. Dissertação (Mestrado em Educação: Psicologia da Educação), Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2003.



Drogas e sociedade

Mônica Gorgulho

Psicóloga clínica, mestre em Psicologia Social, ex-representante do Conselho Federal de Psicologia junto ao Conselho Nacional sobre Drogas; consultora do International Center of Alcohol Policies (EUA); ex-coordenadora da ONG Dínamo, Informação Responsável sobre Drogas e Afins.

PARACE QUE JÁ É SENSO COMUM que o problema de drogas, não só no Brasil como no mundo inteiro, está relacionado ao conjunto de três elementos: o indivíduo, a substância e a sociedade onde este encontro acontece. Digo isso porque ainda há algumas escolas, pensamentos e correntes que acabam dando mais ênfase à questão da substância do que a essa interação. Talvez seja por isso, como falaremos mais adiante, que a política de drogas pensada é sempre o modelo de guerra às drogas.

Vale a pena prestarmos um pouco de atenção porque mesmo os profissionais que trabalham com dependência química acabam tendo ideias e informações nem sempre muito apuradas a respeito do que vem a ser o *mundo das drogas* e do que falamos quando tratamos dele.

Trataremos disso e também falaremos sobre a sociedade, que é o meio onde essa relação se dá. Veremos que ela acaba influenciando e diferenciando, às vezes de forma extrema, a resposta que determinado grupo social fornece para esse problema.

Apresento dados estatísticos do relatório do UNODC¹, falando sobre a presença de substâncias psicoativas, especialmente drogas ilegais, no mundo, entre uma população de 15 a 64 anos. Vejamos:

- » População mundial estimada em seis bilhões e meio de pessoas;
- » População mundial entre 15 e 64 anos de idade: cerca de quatro bilhões e 200 milhões de pessoas;

1 World Drugs Report – *United Nations Office on Drugs and Crime* (escritório da ONU para drogas e crimes), 2008.

- » População entre 15 e 64 anos que já usou droga: 208 milhões de pessoas, ou 4,8% da população estudada;
- » Pessoas entre 15 e 64 anos que fizeram uso de droga no último mês: 112 milhões.
- » 0,6% da população mundial, entre 15 e 64 anos, relata ter problema com uso de drogas.

Esses números nos provocam uma reflexão. Estamos acostumados a dizer que se espera que 10% da população usuária de drogas apresente problemas com substâncias psicoativas. Mas, quando vemos pelas informações desse relatório que somente 0,6% das pessoas relatam o uso problemático de drogas, então temos de começar a questionar as estatísticas que consideramos básicas.

No fim desse encontro, veremos ainda como tem sido a resposta mundial no que se refere à procura por tratamento, o que tem sido efetivamente realizado, e veremos que não temos noção de qual é a população que realmente precisaria ser tratada. Assim como no Brasil, também no resto do mundo existe uma incapacidade de prover o tratamento necessário para as pessoas que dele necessitam. Como já disse, não temos esse dado com clareza. O que temos é essa aproximação relatada pelo UNODC, que costuma fazer estas pesquisas de forma bastante conservadora. Isso significa que a realidade só pode ser melhor que essa se não for adequadamente representada por esses dados.

Vamos passar para outra informação, para começar a pensar um pouco na afirmação do senso comum de que se aumentou muito, nos últimos tempos, o consumo de drogas. Costumamos defender que antigamente o consumo era mais contido e que agora todo mundo faz uso dessas substâncias.

Vejam estes dados, que também são do UNODC, e que nos mostram que a situação não é bem essa:

- » Houve uma variação do final da década de 90 para 2006. Em 2007, subiu de 180 para 208 milhões de pessoas que se declaravam usuárias de drogas no mundo, em uma população de 4 bilhões e 200 mil pessoas.
- » Em termos percentuais, houve uma variação de 4,8% para 5% da população mundial, do final da década de 90 até agora.

Se formos ainda mais adiante, veremos que isso, de forma alguma, significa um crescimento ou uma tendência de crescimento. Não sabemos se estes números vão se intensificar, em um futuro próximo. Ao contrário, o que temos visto é que a situação fica sempre mais ou menos estabilizada nesses patamares.

É importante que esses dados sejam absorvidos para que possamos começar a questionar certas informações e opiniões, difundidas de for-

ma geral, com forte respaldo da mídia, porque isso fará toda a diferença quando pensarmos em políticas públicas.

É claro que podemos tratar cada assunto individualmente, quando falamos ou atendemos à um grupo pequeno de pessoas, mas políticas públicas precisam tratar do cenário mundial, do macrocenário, e não daquele que conhecemos da prática diária no nosso Centro de Atendimento ou daquela pessoa da nossa rua, de quem gostamos tanto e sentimos por ela enfrentar problemas com drogas. Isso não é o suficiente para nos preparar para pensar em políticas públicas.

Se ainda formos separar as drogas por categorias, das drogas ilícitas veremos que a maconha é a mais utilizada no mundo. De qualquer forma, ela teve uma variação para mais de 4%, desde o final da década de 90 até os anos 2006 e 2007. Esse número, no entanto, leva muita gente, inclusive especialistas, a dizer que o uso da erva explodiu no mundo.

Ocorre que não é verdade. Mesmo o próprio relatório mostra que esse acréscimo de 4% precisa ser olhado com cuidado, porque também temos de considerar o crescimento populacional, ou seja, o crescimento geral da população. Assim, esse aumento de 4% talvez não seja tão alarmante quanto tendemos a pensar que seja.

Em segundo lugar temos as anfetaminas, com um aumento de 0,6%. Em seguida, a coca é os seus derivados – cocaína, crack, e outros. Depois, os opiáceos com 0,4% de acréscimo.

Por fim, temos a heroína e o ecstasy, que é outra droga que tem sido muito falada aqui no Brasil, com medidas muito restritas e duras, mas essas drogas apresentam um aumento de 0,2% a 0,3%, desde o final da década de 90 até 2009.

Se olharmos o Brasil dentro desse quadro geral, veremos que não somos dos piores países nessa questão. Isso acaba, às vezes, criando uma situação muito delicada porque, quando trazemos especialistas estrangeiros para algum evento, esperamos que eles discutam esse cenário, que quase sempre é apresentado como um grande problema do nosso país. É quando muitos deles dizem que nós não temos um verdadeiro problema de drogas no Brasil. É que eles consideram nossa posição dentro do cenário mundial.

Podemos ver que os Estados Unidos ocupam o primeiro lugar no que diz respeito à categoria de *uso na vida* para todas as substâncias consideradas – maconha, cocaína e anfetaminas. Isso também deveria fazer tocar mais um sino em nossa cabeça. Os norte-americanos são os que mais investem na política de guerra às drogas; os que mais prendem pessoas por crimes relacionados ao *fenômeno drogas* – produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas (SPAs); os que mais promovem essa perseguição aos usuários e dependentes, essa verdadeira *caça às*

bruxas. E toda propaganda a essa posição acaba influenciando outros países, dentro dos fóruns internacionais, contra qualquer política ou postura mais humanizada em relação aos usuários de drogas. Porém, mesmo com todas essas políticas restritivas, eles ocupam o primeiro lugar no que diz respeito ao consumo problemático ou não de SPAs, no mundo.

Será, então, que a *guerra às drogas* é um bom modelo a ser seguido? Será que estaremos em uma trilha de sucesso se pensarmos apenas nesta perspectiva para lidar com este assunto de dependência ou de consumo de substâncias químicas? Será que não deveríamos procurar alternativas, além das propostas de abstinência e do proibicionismo, para tratarmos desse fenômeno? É algo para refletirmos.

Esta situação, na qual vivemos hoje em relação às drogas, não existe desde sempre; não é uma situação que se dá por natureza; ou que venha de imediato, como um dado certo e inquestionável. Trago alguns exemplos de substâncias que usamos hoje, mais do que indiscriminadamente, quase que elegantemente, que se constituem como uma exigência das boas maneiras sociais, mas que já foram consideradas substâncias proibidas.

No tempo do descobrimento das Américas, o mate foi proibido no Paraguai, por questões meramente econômicas. Muito da proibição das substâncias que temos hoje se originam desse mesmo ponto e não nos damos conta disso. Existe um interesse mercantil no narcotráfico atual que, raríssimas vezes nos damos conta, insistindo em continuar a pensar que as drogas são proibidas por que realmente fazem muito mal para as pessoas. Vocês já pararam para pensar o que aconteceria à economia mundial se o narcotráfico deixasse de existir? Assim como o narcotráfico, outros comércios ilícitos são extremamente importantes para a economia internacional como, por exemplo, o comércio ilícito de armas, envolvendo inúmeras organizações financeiras lícitas (mas que não se preocupam com a natureza de licitude das transações financeiras que passam pelos seus cofres) no mundo todo.

Voltando ao caráter temporário de proibições, no tempo da Inquisição, tempo das pomadas e poções, se alguém fosse encontrado com gotinhas de beladona – assim como hoje alguém pode ser encontrado com papalotes de cocaína –, a pessoa seria condenada à morte, à fogueira, seria queimada viva. Vocês se lembram da beladona? Eu sempre dei para as minhas crianças, eu mesmo tomo beladona, muitos de vocês devem tomar também, e naquela época era totalmente proibida.

Por fim, o café. O consumo de café na Rússia também já foi punido com mutilação do nariz e das orelhas. Em algumas religiões, o café, assim como o álcool, é proibido.

Em 1996, eu era membro do Conselho Estadual de Entorpecentes.

Nós organizamos um evento em São Paulo, em que havia uma geógrafa falando de uma visita feita ao Amazonas em companhia de seus alunos, para pesquisar coisas completamente diferentes de SPAs. Lá encontrou uma enorme plantação de papoula. Pasmada, ela, que nunca supôs que pudesse existir alguma coisa parecida no Brasil, se questionou: "O que fazemos com isso agora? Entregamos a alguém? Chamamos a polícia?".

A fala dela me fez pensar na minha própria prática diária. Sempre tive a minha atividade na Psicologia Clínica, trabalhando em consultório particular, no Proad (Programa de Orientação e Assistência a Dependentes), da Escola Paulista de Medicina, com os indivíduos, fazendo todo o meu melhor, tentando entender o porquê da dependência, com base nos meus estudos de psicoterapia de base psicanalítica.

Naquele momento, percebi que essa abordagem era muito limitada, porque não nos permite pensar em um universo maior de pessoas, mas sim em apenas uma pequena parte das que precisam de atendimento e de respostas para esse seu comportamento. Por isso comecei a pensar na questão das políticas públicas e me envolvi com este assunto.

Fazendo uma pequena digressão, gostaria de provocar uma discussão com vocês sobre o tabaco. O tabaco já foi punido com pena de morte na Alemanha, em países asiáticos e do Oriente Médio. Estou achando nosso movimento atual contra o uso de tabaco uma coisa muito esquisita. Não fumo e nunca fumei. Não estou legislando em causa própria, porque em minha casa ninguém fuma. Porém, se pararmos para pensar, talvez cheguemos à inadequação das proibições impostas hoje, e nos perguntemos o que está sendo feito com os direitos que já conquistamos. Está certíssimo não fumar em lugares fechados! As pessoas que não fumam, assim como eu, têm todo o direito de se beneficiar dos espaços livres de fumaça.

Agora, o que está sendo feito com os fumantes é um escândalo. As salas de fumo quase que são moldadas como celas de presídio. Nos lugares públicos, onde vejo as áreas destinadas aos fumantes, nunca encontrei um espaço que seja minimamente adequado para essa atividade. Quem constrói aquela sala sabe que ali as pessoas vão fumar, então, aquele lugar deveria ter, por exemplo, a mínima ventilação adequada a essa prática. Acho que está havendo uma tendência a tratar o fumante como criminoso, quando isso ainda não foi estabelecido como crime. Praticamos um cinismo muito grande quando a indústria do tabaco é considerada legal, lícita, gera empregos, lucros, impostos, e, de outro lado, os fumantes são tratados como cidadãos de quinta categoria.

Não estou fazendo lobby para a indústria do tabaco, não trabalho para ela. Só que para mim é assim: olho uma coisa e quero saber o porquê disso; por que tem de ser assim?

Então, quem sabe depois da palestra vocês também pratiquem o esporte preferido da população atualmente que é falar que estou completamente errada, “que absurdo, as salas de fumante agora têm de ter sofá, água e florzinha”. Bom, eu responderia: “Florzinha não, por que elas não iam aguentar toda aquela fumaça, mas um sofá confortável, água, ventilação, sem sombra de dúvida acho que deveria ter”. Aí me diriam: “Mas quem vai pagar isso?” e eu responderia: “Olha, poderia pedir para a “indústria do tabaco” pagar. Não estou dizendo que o Ministério da Saúde ou que o Governo Federal tenha de fazer isso. Pode até haver um diálogo com a indústria do tabaco, do tipo “Vocês querem..?” Ou então pode aumentar o imposto, e o próprio usuário paga por essas salas. Não sei. Mas alguma solução menos autoritária e hipócrita me parece, sem dúvida, mais que necessária.

Ficamos em uma abordagem muito superficial, sem realmente provocar um debate. Estou ficando um pouco assustada porque daqui a pouco veremos coisa semelhante acontecer em relação ao álcool. Nem quis tratar do álcool porque isso já é muito batido. Da Lei Seca, então, nem quis falar. Temos de tomar muito cuidado com o que estamos fazendo, porque acho que estamos entrando novamente em um movimento de temperança e não tem nada que prove a utilidade e eficácia desta abordagem.

Não sei se vocês acompanharam a proibição de bebidas alcoólicas nas festas juninas de 2010². Achei um absurdo! Se a simples visão de adultos consumindo, de forma responsável, uma bebida que faz parte do folclore brasileiro levasse à deturpação daquelas crianças e adolescentes, então me parece que deveria haver também a proibição de consumo de bebidas alcoólicas em qualquer lugar público, como restaurantes, porque crianças podem frequentá-los.

Sempre falamos que a melhor forma de lidar com esse assunto é educando a população. Quando se proíbe, simplesmente, cria-se uma população obediente. Mas quando a questão é colocada com diálogo e debate, as motivações que criaram tais regras e restrições ficam claras e uma população crítica é criada. Não é isso que queremos? Porém temos feito uma escolha, descarada e escandalosa, por uma população obediente.

2 Em algumas escolas, no ano de 2010, houve, pela primeira vez, a proibição de venda de bebidas alcoólicas, incluindo quentão, como forma de proteger menores de idade dos malefícios dessas bebidas. Acontece que, no meu entender, escolas são o espaço privilegiado para a discussão não só dos conteúdos pedagógicos programáticos, mas também para questões relacionadas à cultura, civilidade e cidadania. Quando esse espaço prefere se isentar de tal debate, o que sobra para seus alunos? A obediência pura e simples de regras determinadas por algum grupo que não participa da vida cotidiana daquelas pessoas. Acho que se perdeu uma grande chance para que essa questão fosse problematizada e que a decisão, quando tomada, pudesse ser realmente incorporada pelo grupo de pais e alunos, uma vez que teria sido fruto de uma decisão coletiva.

Pensando historicamente, chegamos a um momento em que essas substâncias, hoje consideradas proibidas, fazem parte de uma lista que é decidida por países participantes das Nações Unidas. Não sei se vocês conhecem o funcionamento das Nações Unidas. Quando dizemos que todos os países ou a maioria dos países signatários dos documentos da ONU concordam que essas substâncias têm de ser prescritas, não estamos afirmando que todos os países sabem o que estão fazendo. Estamos falando de uma pressão política e econômica que certos países, uma pequena minoria, provocam sobre a maioria dos integrantes das Nações Unidas.

Então, quando ouvimos que algo é proibido pelas convenções internacionais, isso não deveria constituir argumento suficiente para que acreditássemos que é para ser assim mesmo. Pelo contrário, deveríamos nos questionar a respeito. Porque a maioria dos países concorda com essa situação quando, na verdade, todos acabam usando substâncias de uma forma completamente desregrada.

Existe uma economista inglesa, que fazia parte da equipe da revista *The Economist*, **Diane COYLE**, que causou inquietação mundial quando disse: “Economicamente, a solução para o problema das drogas seria legalizar todas”. Essa pessoa escreveu um livro chamado *The Economics of Enough: How to Run the Economy as If the Future (A Economia do suficiente: como administrar a economia como se o futuro importasse)*, e integra essa tendência de tratar questões do cotidiano sob o ponto de vista econômico. Em outro livro, *Sexo, drogas e economia*³, ela diz: “Uma lei que é desrespeitada todos os dias por tanta gente, no mundo inteiro, tem de estar errada, e continuamos fingindo que esta lei está certa”.

Em março de 2010 houve uma Assembleia Geral das Nações Unidas, em Viena, para discutir os dez anos da política antidrogas, de reforço à repressão e de não aceitação da proposta da redução de danos. Quando essa política da ONU foi criada em 1998, provocou a criação de Secretarias Nacionais Antidrogas aqui no Brasil, assim como em vários outros países da América Latina. Ficou decidido que, dali a dez anos, as pessoas se reuniram para reavaliar a política, porque a proposta de 1998 era de que, em uma década, o mundo estivesse livre das drogas ilícitas.

Não estávamos falando de 1800, mas de 1998. As Nações Unidas decidiram que em dez anos teríamos um mundo livre de drogas. Uma década depois, em 2010, uma nova Assembleia foi realizada e ficou decidido que o mesmo projeto seria retomado: a mesma política de reforço à repressão e de não à redução de danos foi retomada, com a proposta

3 COYLE, Diane. *Sexo, drogas e economia*: uma introdução não convencional à economia do século 21. Tradução Melissa Kassner. São Paulo: Futura, 2003.

de buscar um mundo sem drogas consideradas ilícitas. Como é que podemos acreditar em uma instituição que nega os fracassos evidentes de suas propostas? E o que é pior: insiste em suas proposições equivocadas como se não precisasse dar maiores explicações ao mundo!

Não podemos aceitar que seja possível que outros decidam por nós sobre nossa própria vida, nossas escolhas. É preciso participar deste debate. Temos de tomar lugar nele, porque senão vamos continuar sendo comandados. Hoje as substâncias que são proibidas estão nesse lugar por um contexto econômico e social.

Gostaria de fazer um questionamento com todos: quem em algum momento já sentiu qualquer incômodo, qualquer dúvida, qualquer estranhamento com relação ao mundo de hoje?

Tem gente que não sentiu. Eu, realmente, morro de inveja de vocês. Pois sou toda manhã quando leio as manchetes do jornal. Fico péssima! O mundo passa hoje por uma renovação, uma reprogramação, uma reavaliação. A última grande época de renovação foi a Revolução Industrial, que trouxe toda uma modificação de valores, costumes e práticas, para as sociedades daquela época.

Hoje a revolução das comunicações e suas consequências, como a conectividade constante, traz novamente a necessidade de nos reorganizarmos, reprogramarmos, reavaliarmos uma série de valores, costumes, e verdades que tínhamos considerado como aceitáveis até recentemente.

Esta modificação pela qual estamos passando faz com que mudemos de uma sociedade moralista, de moral mais rígida, para outra de maior flexibilidade, com maiores possibilidades de arranjos individuais. Antigamente as regras eram definidas exteriormente. Tínhamos várias instituições como Família, Igreja e Estado que, de alguma forma, respondiam a muitos dos nossos anseios, e serviam mesmo para nos conformar, no sentido de nos dar uma forma.

Por exemplo, podemos pensar em como era a escola antigamente e como ela é agora, quanta segurança sentíamos em relação a ela. Novembro e dezembro eram meses gloriosos ou avassaladores em nossas vidas, dependendo de termos sido aprovados ou reprovados. Hoje, faço severa crítica à aprovação continuada. Muitas crianças sentem-se inseguras ao ser aprovadas *custe o que custar*. Sabem que vão participar de uma próxima série, no próximo ano, só que não se sentem seguras em sua capacidade de acompanhar o que vai ser dado. A criança fica angustiada, e os pais também acabam não sabendo se têm ou não de interferir nesse processo, resultando em um número cada vez maior de analfabetos funcionais.

E isso não acontece somente em relação às escolas, obviamente. As famílias também já não se sentem tão preparadas para educar seus

filhos, a Igreja já não consegue atrair o mesmo número de pessoas, e quando acontece, não consegue aplacar as dúvidas e angústias da maioria de seus fiéis. Com relação ao Estado, não é preciso gastar muito para considerar o quanto a corrupção admitida, ainda que disfarçada de outros nomes, impede que os jovens reconheçam alguma autoridade nesse meio. As instituições estão enfraquecidas. Testemunhamos diariamente uma sequência impune de descabimentos, desrespeitos, agressões e invasões em nossas vidas privadas, que impede aos mais jovens a construção de uma relação de causa e efeito em nossos atos. É como se para tudo fosse possível encontrar uma solução que não passasse pela necessidade de nos responsabilizarmos pelo que foi feito. Assim é para qualquer comportamento. Assim também tem sido para o abuso de SPAs.

Essa falta de uma definição mais clara de valores, do cumprimento das regras estabelecidas, de uma permanência um pouco maior do que foi combinado, faz com que crianças e adolescentes criem uma ansiedade, uma angústia que vão ter de ser extravasada de alguma forma, em algum momento. Aquela sociedade uniforme, modelar, que existiu até mais ou menos a década de 50 do século passado, não existe mais. A de hoje é outra sociedade.

O que importa é nos darmos conta do que está acontecendo para que possamos agir nessa sociedade e não em uma sociedade ideal. Porque senão estaremos nos comportando exatamente como as Nações Unidas que acreditam ser possível um mundo sem drogas.

Dentro dessa avaliação de uma nova organização social, o filósofo francês Gilles Lipovetsky fala sobre um momento histórico que ele chama de “Era do vazio”. Na medida em que não temos mais valores construídos de fora para dentro, na medida em que vivemos uma condição em que as escolhas são absolutamente individuais e elas são inúmeras, escandalosamente infinitas, temos a possibilidade de tudo. Nós, psicólogos, lembramos das nossas aulas – talvez do primeiro ou segundo ano – que diziam que: “Se pode tudo, na verdade, não pode nada”. Então, se podemos tudo, ficamos sem saber direito o que fazer e fazemos qualquer escolha, até porque não tem ninguém que tenha moral o suficiente – moral no sentido ético – para nos dizer o que fazer. Por que vou concordar com uma política proibicionista que o Estado me coloca, me impõe, quando vejo o que acontece lá dentro do Senado, dentro do Congresso?

Por que nossos adolescentes, jovens e adultos vão se preocupar com o outro, com o que é considerado certo e errado, se o que eles veem todo dia é uma constante quebra de regras, de combinações, de contratos? Por que nós, formuladores de políticas públicas, temos de esperar que eles se preocupem com isso e respeitem essas regras? Não temos moral para defender um ponto de vista desses, mas queremos que os adolescentes e os jovens adultos se

comprometam com uma coisa com a qual não nos comprometemos.

Essa possibilidade de construção permanente de sentidos e de valores, que vemos muito na questão da internet, nos dá o direito de, todos os dias, a cada hora, definirmos uma nova ética. Então decidimos pela ética do momento. Em alguns momentos, acho que não devo usar drogas, em outros momentos, acho que eu posso, e até, que é bem legal.

Uma vez estava discutindo que não são os adolescentes que estão perdidos, mas sim, seus pais. Quando temos de trabalhar feito condenados, quem é que cuida dessa meninada? Quem é que dá atenção? Quem é que escuta? Quem é que estabelece um vínculo afetivo com essa meninada? Não é a escola, porque a Escola não quer saber; não é o Estado, uma vez que ele está pouco se lixando; a Igreja faliu; a Família sumiu... Como é que faz?

Acho que não estamos sabendo muito bem fazer essa passagem. Falando da internet, todos já experimentamos, vez ou outra, a possibilidade de nos apresentar como se fôssemos outra pessoa dentro das redes sociais. Por que eu tenho de assumir que estou cinco quilos acima do meu peso, por exemplo? Bobagem! Simplesmente escolho postar uma foto mais antiga na qual apareço melhor, e assim, dou aos outros (quando não me engano a mim mesma) a impressão de que estou muito melhor do que na verdade estou.

Como já disse, vivemos hoje a substituição de uma moral rigorista e autoritária por uma moral mais flexível e individual, e encaramos uma nova forma de organização social em que os comportamentos deixam de ser geridos pelos detalhes e acabam sendo geridos com o mínimo de *constrangimento* e com o *máximo de compreensão*. Ou seja, temos nos exigido cada vez menos e nos desculpado, pelo que quer que seja, cada vez mais. Assim também os adolescentes usuários de drogas. A maioria deles não compreende o descumprimento da lei (anti drogas) como um delito realmente sério. “Foi só na festa”, “foi só para relaxar”, “foi só porque estava todo mundo usando”, e assim por diante. É mais ou menos como as leis que não pegam. Essa também não pegou muito bem!

O mínimo de constrangimento, concordo; o máximo de compreensão, não sei muito bem se estou de acordo. Como é que isso tem se dado? Tem se dado em uma vida louca. É importante refrear um pouco essa história, diminuir um pouco as velocidades, diminuir um pouco a possibilidade de tarefas múltiplas ao mesmo tempo.

Antigamente, me orgulhava de dizer que era uma mulher multitarefa, hoje já não sou e não quero ser. Quando estou dirigindo, eu só dirijo. Deixei de usar celular há uns dois anos, e isso causou a maior polêmica, foi uma revolução na minha casa, com meus amigos, colegas, todo mundo achou que estava ficando louca. Falei: “Mas é porque eu estou ficando louca, vou ter que dar uma segurada na onda, eu não vou dar conta”. Era

uma invasão na minha vida que não suportava mais.

Não sei como é que as pessoas, no geral, lidam com a velocidade, mas não me parece que estejam lidando bem. Não acho que a revolução das comunicações colocou as pessoas para se comunicarem mais, ou melhor. Não nos comunicamos, não conversamos entre marido e mulher, mal temos tempo de ficar juntos, criar intimidade, cumplicidade, não nos comunicamos com os nossos filhos, vamos *na onda*. Só que, quando se vê, a coisa já passou e nem sabemos mais o que está *acontecendo*.

Bem, voltando ao assunto das SPAs, quem é que planta a droga? Planta por quê? Planta onde? O quanto planta? O que faz com a produção? Quanto dinheiro rende o comércio? As Nações Unidas chegam a falar de 600, 700 bilhões de dólares anualmente na negociação de drogas ilícitas. O negócio *drogas* significa a produção, o comércio e o uso. É com esse que é mais ou menos com o que nos preocupamos, e deveríamos nos preocupar com o abuso e a dependência de substâncias.

Então, finalizando, gostaria de dizer que ficaria satisfeita se vocês saíssem desse encontro tendo em mente que, quando pensamos em drogas, temos de pensar nessas quatro vertentes – produção, comércio, uso e dependência, no mínimo, para começarmos a realmente ser capazes de dialogar sobre esse tema. Outro ponto que me parece essencial é a necessidade de uma atualização constante. Temos de estar sempre tentando saber qual é a situação atual, senão ficamos por fora e continuamos a defender pontos que já não representam mais a realidade. Terceiro é pensar que vivemos esse momento de transição. Vamos assumir isso, vamos pensar nisso, vamos nos angustiar, vamos problematizar essa questão, vamos realmente assumir o nosso compromisso com este momento.

Será que dá para continuarmos com uma política que fez algum sucesso na década de 60? Uma das coisas que me escandaliza é que até hoje, internacionalmente, lidamos com a Convenção de 1961, acrescida de alguns adendos (o último de 1990, ou seja, de 22 anos atrás!). E é com esse instrumental que continuamos lidando com o uso e abuso de SPAs, na segunda década do século XXI. Então, para não pensarmos que está tudo perdido ou que tudo é permitido nesse período de modificação dos padrões da ética e da moral, vamos ter de encontrar um meio termo. E vamos tomar consciência de que acabou o tempo dos comportamentos padronizados, da obediência cega, da aceitação incontestada de limites. Vamos ter de encontrar uma forma de lidar com essas possibilidades múltiplas, com essa postura individualista, com os grupos ilimitados que, de tão grandes, perdem seus contornos e nos levam a caminhar com passos errantes, meio que às cegas, correndo o risco de ocuparmos um lugar burlesco afirmando que tudo está ou pode vir a ficar *sob controle*.



Intervenções clínicas: o uso, abuso e dependência de drogas

Eroy Aparecida da Silva

Psicoterapeuta familiar; pesquisadora na Área de Álcool
e Outras Drogas-Unidade de Dependência de Drogas –
Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas;
doutoranda em Ciências – Departamento de Psicobiologia
Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

APRESENTAREI UM PANORAMA GERAL SOBRE OS TRATAMENTOS para dependência de drogas, ou seja, intervenções clínicas que se propõem a tratar pessoas, grupos ou famílias em que o problema em relação ao consumo provoca prejuízos. Nesse sentido, não podemos deixar de refletir sobre algumas questões gerais em relação ao tema.

Primeiro, que a droga psicoativa é um assunto que traz percepções e sentimentos variáveis: curiosidade, temor, estigma, preconceito. Sentimentos que mobilizam o imaginário das pessoas de muitas maneiras, mesmo que estas tenham uma série de informações sobre os riscos e prejuízos. Ter informação não significa necessariamente ter formação.

O uso de drogas acompanha a história da humanidade e foi passando por diferentes formas de consumo, manuseio e função, chegando até nossos dias com inúmeros significados, entre eles busca de prazer, alívio imediato, fonte de renda, etc. Assim, entre os inúmeros desafios da contemporaneidade em relação ao uso de drogas, está refletir os contextos onde ele está inserido ou mesmo o que o mantém e constrói. Assim, é necessário ampliar o olhar para além da droga. Esta percepção nos convida cada vez mais para a implantação e manutenção de políticas públicas de inclusão e cidadania, para que possamos, cada vez mais, lidar com os desafios da sociedade de modo geral onde a droga está incluída. Não podemos esquecer que vivemos em uma sociedade sedutora, competitiva e individualista, em que temos inúmeros desafios: a violência intra e interfamiliar, o desemprego, os bolsões de pobreza (que persistem em inúmeras regiões brasileiras), e a mídia traba-

lhando visivelmente a favor da glamorização das drogas lícitas, como o álcool. Então se faz necessária a coragem de abraçarmos esse desafio e trabalharmos dentro de uma proposta preventiva de inclusão e não de repressão. Esta visão tem uma repercussão clara nas nossas práticas, sejam elas preventivas ou clínicas.

Uma segunda questão a ser discutida ainda neste panorama geral é a diferenciação entre o uso, o abuso e a dependência de drogas. São fenômenos muito diferentes dentro de um mesmo tema, que pedem uma diversidade de intervenções com amplo espectro, passando pela prevenção, intervenção clínica durante e após o tratamento, o que ainda é pouco comum no Brasil. Grandes investimentos são realizados durante o tratamento, mas poucos recursos são despendidos com a prevenção e o pós-tratamento incluindo a reintegração social. Ainda precisamos avançar na questão da diversificação destas intervenções, uma vez que os indivíduos têm diferentes necessidades.

O abuso de drogas é um comportamento evitável, mas pode não estar circunscrito apenas ao indivíduo. Assim, para que possamos evitá-lo, é necessário repensarmos as políticas públicas voltadas para a juventude. As práticas de saúde e educação para os adolescentes, de maneira geral suscetíveis à curiosidade e sedução em relação aos efeitos das drogas, carecem de revisão. Estou me referindo a algo mais criativo e interessante que motive os jovens a se interessarem por alguma coisa que não seja o uso de drogas.

As práticas educacionais nas escolas são chatas e pouco inclusivas. Nesse sentido, é necessário aprimorarmos a linguagem e as formas de tratar o adolescente, que, por vezes, acaba sendo cooptado pelo narcotráfico, em função de falta de políticas públicas que o encaminhem para uma proposta de vida mais interessante.

A dependência de drogas é um problema que, embora complexo e passível de tratamento, passa uma idéia de que é difícil de ser solucionado. Essa é a visão dos próprios profissionais de saúde, que têm uma visão estigmatizada sobre essa questão.

Dependência vem de uma palavra latina que significa *dependere*, ou seja, estar intrinsecamente ligado a algo ou alguém, no caso à droga. É um vínculo desequilibrado que o indivíduo estabelece com as diferentes substâncias psicoativas, um conjunto de sinais que caracterizam a síndrome da dependência. É um fenômeno complexo, que exige um olhar para o indivíduo em diferentes fases da sua vida, dentro de um contexto onde pode fazer o uso de uma ou várias substâncias lícitas, ilícitas ou ambas. Então, não vamos olhar para a droga somente, mas para todo o contexto pessoal, social e psicológico da pessoa.

Outro ponto que precisa ser discutido é a questão de que, quando nos referimos às intervenções clínicas ou tratamentos para a dependência de drogas, estamos voltados para um conjunto de procedimentos que envolvem, de maneira geral, um alto custo e uma equipe multidisciplinar capacitada. O que está na base da intervenção clínica é o modelo teórico e prático da etiologia da dependência. Vale ressaltar que ele veio se transformando e avançou no decorrer do tempo. São eles: o modelo moral, o médico e o da síndrome de dependência e do comportamento aprendido.

Assim surge outro desafio que divido didaticamente em uma tríade: demanda do tratamento para dependência; o terapeuta ou cuidador; e o lugar da instituição que está oferecendo a intervenção. É sobre essa questão que irei tratar, pois ela está diretamente relacionada a nossas práticas.

Em qualquer intervenção clínica, independente da abordagem, existe um pedido para o tratamento, do próprio usuário, da sua família, de ambos ou do judiciário. Por isso é necessário termos uma escuta sensível em relação à demanda do tratamento, pois muitas vezes os profissionais estão tão voltados para o que têm a oferecer, que se esquecem de questionar se aquela pessoa, de fato, irá se beneficiar da intervenção que está sendo oferecida.

Na outra ponta do triângulo, temos a pessoa do cuidador. Quem é essa pessoa? Como as instituições ou o Estado fazem para cuidar do seu cuidador? Sabemos como é desafiador trabalhar na linha de frente com dependentes de drogas e suas famílias. Invariavelmente, trabalhamos também com outras questões como a violência, doenças sexualmente transmissíveis, problemas legais ou ilegais como, por exemplo, o tráfico de drogas, a falta de locais para internações quando estas se fazem necessárias, entre muitas outras. Assim, os profissionais recebem todo o impacto da demanda e não são adequadamente cuidados pelas instituições, gerando muito vezes afastamento, absenteísmo ou desmotivação em relação ao exercício de suas atividades profissionais.

Na ponta do triângulo está outro desafio: de que lugar teórico os profissionais estão falando? Qual teoria embasa a prática terapêutica? Que modelo etiológico a instituição tem sobre a dependência?

Como já mencionado anteriormente, em nenhum momento da história humana existiu uma civilização livre de qualquer substância. Sabemos que, após a Revolução Industrial, o uso de drogas foi mudando a sua função. De um uso ritualizado, ligado a práticas religiosas, para um uso mais hedonista, individualista, de busca de prazer para o alívio de diferentes dores, sejam elas físicas ou psíquicas.

A droga não é um fenômeno isolado, não podemos buscar culpados em relação à essa questão. É necessário ampliarmos o nosso olhar para

a transdisciplinaridade e trabalhar cada vez mais com responsabilidade social e com políticas de inclusão e, se pensamos nas intervenções por conta dessa complexidade, estas intervenções precisam e devem respeitar essa diversidade. É impossível o enfrentamento deste problema sem a construção de políticas públicas inovadoras, criativas e efetivas para o seu enfrentamento.

Uma das dificuldades que temos no Brasil em relação às intervenções clínicas na área de álcool e outras drogas é a de conviver com a diversidade de abordagens e avaliar a sua efetividade. É importante ressaltar que não existe tratamento melhor ou pior, e sim pessoas que se adaptam melhor a uma ou outra abordagem. Entretanto todas elas necessitam de avaliação e mudanças que possam ir ao encontro de uma prática constantemente adaptada às demandas sob a perspectiva das construções e ampliações das redes sociais de parceira e cooperação.

O que existe hoje no Brasil, do ponto de vista de política pública sobre saúde na área de drogas, é um grande investimento financeiro nos tratamentos e pouca atenção na prevenção e cuidados pós-tratamento. A grande maioria das propostas trabalha intensivamente na questão da interrupção do consumo (que é necessária), mas dedica pouca atenção à manutenção do comportamento de mudança. Nesse sentido, é necessária a construção de redes de políticas sociais que realmente garantam que esse indivíduo possa voltar a beber moderadamente ou parar de fazer o consumo definitivamente de uma determinada droga, ou mesmo ser reinserido dentro de um programa social que o inclua como cidadão, trabalhador e protagonista de sua própria vida. Se isso não acontecer, ele tem sérios riscos de recair e ficar entregue ao fenômeno anacrônico da invisibilidade social, despatriado da sua história.

Quando e como intervir? Hoje, dentro de uma visão pós-moderna da evolução do conceito de dependência, temos a questão do consumo e de problemas que podem ir tanto de nenhum até o pesado, entendendo isso como um *continuum* e não mais como uma visão unitária da questão.

Portanto, é necessária atenção nas três fases: preventivamente, quando ainda não existe o problema; em uma fase intermediária, em que as intervenções breves têm apresentado resultados encorajadores; e, finalmente, as intervenções clínicas para os dependentes de álcool e outras drogas.

As intervenções clínicas incluem tratamentos comunitários, internações, fármacos e psicoterapias. Dentro das propostas psicoterapêuticas existem diferentes modalidades de intervenção: individual, grupal e familiar. Atualmente é reconhecida a importância da inclusão da família no tratamento para dependentes, porém a cultura de tratamento enfatiza mais o usuário do que sua família.

Na evolução do conceito de dependência, temos três conceitos básicos que certamente embasam os modelos de tratamento. O modelo moral que foi substituído por um modelo médico, inicialmente dentro de uma visão unicista de doença. A partir da década de 70, a visão unicista, ou seja, ser ou não ser dependente se ampliou e passou a ser considerado como uma síndrome. Isso propiciou o surgimento de várias abordagens de tratamento da dependência de drogas, entre elas a cognitivo/comportamental. A dependência de drogas é compreendida atualmente como fenômeno biopsicossocial de múltiplas causas cujas propostas de tratamento são variáveis. O tratamento aqui é compreendido como um conjunto de procedimentos que envolvem cuidados clínicos, suportes sociais, psicoterapia, equipe clínica. Entretanto vale ressaltar que, sem suporte financeiro para os projetos clínicos, fica difícil o desenvolvimento de intervenções clínicas efetivas envolvendo as psicoterapias e internações domiciliares (IDs). As internações domiciliares surgiram como uma proposta devido às dificuldades em relação às vagas para as internações dos dependentes. Nas IDs a família é orientada em relação ao programa de desintoxicação.

Costumo apresentar as intervenções clínicas para dependentes de drogas comparativos a uma árvore que, após o tronco, apresentam muitos galhos que estão se desenvolvendo e outros se ampliando.

Dentro das psicoterapias, nos deparamos com várias propostas interventivas com diferentes referenciais teóricos e modalidades: a cognitivo-comportamental, a prevenção de recaída, a terapia motivacional, a psicodinâmica, a terapia individual, a de grupo e a de família. Esta última vem ganhando força na área do tratamento de dependentes de drogas no Brasil.

As intervenções breves também chamam atenção para a importância de detectar precocemente o problema na rede básica de atenção à saúde. Pois muitas vezes a pessoa está em fase intermediária do problema e dificilmente buscará tratamento em um serviço especializado para drogas. Vários resultados com intervenções breves apontam que estas não são menos efetivas do que as intervenções mais longas, principalmente se a pessoa ainda não desenvolveu a dependência.

Vale ressaltar a necessidade de avaliarmos a efetividade do tratamento. Não basta apenas o tratar ou como tratar, mas também quais são os resultados que estamos obtendo com este tratamento. No Brasil, os serviços para dependentes se dedicam pouco à avaliação dos resultados, ou seja, às evidências.

Atualmente a psicoterapia cognitivo/comportamental, associada ou não a tratamentos farmacológicos, tem apontado resultados encorajado-

res no tratamento da dependência de álcool e de outras drogas. A entrevista motivacional do dependente e de sua família também é importante, pois existem evidências que apontam que as pessoas motivadas apresentam melhores resultados no tratamento. Entretanto, sabemos que muitas vezes a pessoa, quando busca o tratamento, não necessariamente está motivada, por isso, a atenção e cuidados em relação à motivação deve ser meta do tratamento.

O princípio básico de qualquer abordagem que inclua intervenção clínica na área de drogas é o diagnóstico. Conhecer o conceito sobre o uso de droga do paciente e da sua família, planejar o tratamento e realizá-lo.

O processo deve seguir um planejamento, que deve começar imediatamente após o diagnóstico. Definido o problema e com o panorama geral do consumo, vem o momento de estabelecer os objetivos e metas do tratamento; reconhecer as situações de risco e proteção; criar estratégias de enfrentamento; e aprender novas habilidades para lidar com as fissuras e prevenir recaídas.

Para finalizar, destaco a necessidade do cuidado em relação à equipe clínica que trabalha na linha de frente de tratamento com dependentes de drogas. A capacitação sistematizada e contínua é fundamental, assim como as supervisões clínicas. As principais funções desses profissionais são de facilitadores e colaboradores úteis. É necessário, a todo o momento, cuidar da nossa “síndrome de salvador” ou desejo ilimitado de “fazer tudo”. Nosso papel é o de motivar e encorajar o indivíduo e a família no resgate ou construção de suas competências sem rotular e estigmatizar. Estabelecer limites claros, evitar confrontos e, principalmente, identificar e dominar as nossas reações e os nossos próprios preconceitos.



Mitos e dados epidemiológicos a respeito do uso de drogas

Elisaldo Luís de Araújo Carlini

Professor-titular aposentado e orientador de pós-graduação do Departamento de Psicobiologia da Unifesp; diretor do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) do Departamento de Psicobiologia da Unifesp.

O primeiro mito no qual todos embarcamos, imprensa, governo e sociedade, é aquele de que o problema da droga é o submundo, o tráfico, a questão das substâncias ilícitas. Temos de mostrar que isso não é verdade. Se pegarmos todas as drogas ilícitas e lícitas (incluindo o álcool e o tabaco) que são consumidas pelo ser humano, no caso o brasileiro, teremos um quadro extremamente curioso.

Tenho dados do consumo de drogas no Brasil que chamo de uso na vida. Isso se refere àquelas pessoas que experimentaram e que podem ter usado as substâncias algumas vezes. Temos a maconha com 8,8% e a cocaína com 2,9 %. O total de uso na vida de drogas ilícitas, que é o que mais preocupa, está em 13,8%. É onde a imprensa focaliza, e a polícia e a justiça estão atrás.

Agora, se pegarmos as drogas ou medicamentos lícitos, ou seja, substâncias legalizadas e aprovadas pelo Governo, temos um número que é praticamente o dobro, se comparado aos 13,8%: 24,3%, dado que não entra no mérito do álcool e do tabaco.

Vejamos os solventes, que apesar de seu uso ilícito, têm sua venda permitida e estão em primeiro lugar, com 6,1% da população nacional entrevistada. Fizemos uma enquete domiciliar nas 108 maiores cidades do Brasil.

Em segundo lugar, os benzodiazepínicos, que são medicamentos, portanto, lícitos. Certamente, muitos de nós até já os usaram para dormir, inclusive eu. Existem também os Orexígenos, substâncias para abrir o apetite, mais consumidos pelos jovens, mas que trazem alterações

mentais: 4,1%. Os estimulantes, principalmente as anfetaminas anoréticas, usadas para tirar o apetite, são lícitas, mas de uso ilícito.

Opiáceos são todas as drogas e substâncias oriundas do ópio, entre elas, a heroína e a morfina. São as grandes drogas de abuso no mundo todo, mas, felizmente, de pouco uso no Brasil.

Porém temos a codeína e algumas substâncias para a tosse, como o tilix, que é uma substância que tem codeína e paracetamol. Assim, na verdade, somando tudo isso, há 24,3% de uso não médico. Esse é o primeiro mito que gostaria que ficasse claro.

Se vocês olharem na imprensa, para os cursos que são dados e tudo o que é feito no Brasil sobre drogas, vão perceber que o real problema no Brasil são as drogas lícitas. Se contarmos o álcool, então, nem deveríamos falar de outras substâncias.

Será que o jovem é o grande problema? Vejam esta frase e tentem imaginar qual seria a época em que foi dita: “Um jovem se aproximou de mim: estava barbudo, com a roupa suja, usava uma espécie de bata. Tipo que realmente detesto. As ideias (de certos filósofos) têm sido empalmadas por tais preguiçosos, embora não tenham eles nenhum interesse pela filosofia... Esses malandros zombam de tudo, inclusive da verdade, usando a máscara da filosofia para esconder licenciosidade irresponsabilidade”. Tenho essa frase desde o tempo em que o Estado brasileiro era um regime militar.

Vocês são capazes de dizer o nome desse jovem? “Ah, era o Erasmo, o Erasmo”, disse um secretário de segurança pública de São Paulo na época. Mas o autor dessa frase foi o imperador Juliano, no século IV d.C.

Isso é algo que ocorre permanentemente. Achamos que esses jovens que predominavam naquela época, barbudos, cabelos compridos, era aquilo que estava sendo descrito pelo imperador romano no século IV d.C.

Um pouco mais tarde, surge em São Paulo um decálogo para o pai saber se o filho ou a filha estava usando drogas. Eram dez regras: “Se seu filho ou filha tem chegado em casa aborrecido, vai direto para o quarto e lá se tranca, tome cuidado”; “Se seu filho fica trancado ouvindo umas músicas que você não sabe bem o que é, tome cuidado”; “Se seu filho de vez em quando tem uns papéis escondidos e, de repente, o papel está vazio, tome cuidado”.

E por aí vai. Ou seja, uma simples crise de adolescência leva a família a acreditar que aqueles são sinais de uso de drogas.

Vejam que interessante é este texto extraído da revista *Querida*, que minha filha mostrou: um ou uma adolescente escreveu para a revista: “Tenho um grande problema, eu acho que o meu pai está consumindo drogas. Achei um monte de saquinhos plásticos no armário. Além disso,

tem desaparecido dinheiro de nossa casa e ele está sempre dando uns telefonemas estranhos, falando baixinho. Volta e meia, depois de uma das ligações, ele inventa um compromisso urgente, sai e só volta de tarde. Ainda não toquei no assunto com a minha mãe, pois não quero deixá-la apavorada, e nem com ele, porque tenho medo que vá ficar zangado”.

Isso é algo que, muitas vezes, acaba ocorrendo: a distorção por quem ouve uma mensagem que não tem nenhum sentido a princípio. O jovem incorporou alguns comportamentos do pai, achando que ele tinha problemas de drogas, mostrando a inutilidade de muitas das coisas que invertemos para fazer um programa antidrogas, pensando sempre que é o jovem o grande envolvido.

Fizemos dois levantamentos domiciliares, já publicados. O primeiro foi em 2001; o segundo, em 2005. Há ainda um terceiro, para ser iniciado. Uma das perguntas do nosso questionário é sobre o uso regular de alguma substância. Pelo que apresentei, o grande problema no Brasil é o álcool. O restante, cocaína, maconha, ecstasy, é coisa de criança em termos de seriedade. Nosso último levantamento domiciliar diagnosticou 12,3% de pessoas, nas 108 maiores cidades do Brasil, com problemas que sugerem, ou concluem, a dependência do álcool.

A pergunta que fizemos foi sobre o uso regular de álcool, se faz o consumo de bebidas alcoólicas pelo menos de três a quatro dias por semana, incluindo aqueles que bebem diariamente. Fizemos uma distribuição por faixas etárias.

Se esse uso é frequente ou não, é o jovem que mais consome? Não. Na faixa etária de 12 a 17 anos, encontramos apenas 0,1%, que bebe pelo menos de três a quatro vezes ou diariamente. O número vai aumentando junto com a faixa etária: a partir dos 25 anos, 6,3%, e, acima de 35 anos, 7,4%.

Então, na verdade, beber diariamente não é um diagnóstico de dependência. Existem outros critérios a considerar. A pessoa pode até beber um pouco mais e não ser dependente. O último levantamento feito em 2005 apresentou 10,3% de dependentes no Brasil. Podemos tirar da cabeça que é o álcool o grande problema do jovem no Brasil.

Discuto muito esse problema de critério com meus alunos. O fato de uma pessoa se encaixar em critérios que classificam a dependência não significa, na prática, que ela seja dependente. Ela pode ter as características, mas, de acordo com as circunstâncias múltiplas que existem para contornar o uso de drogas, pode não haver dependência nenhuma.

Também procuramos saber a facilidade que tem o jovem para procurar droga. A pergunta: “Você acha ser muito fácil conseguir maconha?” É

impressionante: todos acham muito fácil, desde as crianças de 12 a 17 anos, que são 54%, até aqueles com mais de 35 anos, 56%.

Isso nos traz uma questão: ou as crianças ouvem falar muito disso, porque é pregado dia e noite na mídia e, por isso, acabam repetindo uma ideia, ou elas tiveram contato com pessoas que usam e sabem ser fácil conseguir. De qualquer maneira, revela, no mínimo, um descuido quando falamos do tripé. Para a ação em termos de drogas, seria aí então a redução da oferta ou repressão.

Procuramos saber também como os jovens adultos responderiam à questão sobre se seria ou não um risco grave usar drogas. Perguntamos se era um risco grave beber um ou dois drinques por semana. Cerca de 29,6% dos jovens de 12 a 17 anos, que bebem uma ou duas vezes por semana, consideram o álcool um assunto preocupante. Quase um terço da população consultada acha que beber uma ou duas vezes por semana é um risco grave.

Porém, se é um risco grave, por que essas pessoas consomem álcool? Por que no Brasil temos 12.3% de dependentes? Isso é outro ponto fundamental. Mais importante que esses números é saber por que, apesar da consciência de que beber um ou dois drinques por semana é perigoso, as pessoas seguem bebendo.

Vou comentar a famosa técnica da pedagogia do terror que nunca deu resultado em lugar nenhum e é o que todo mundo tem feito no Brasil. Exageram, em demasia, os perigos da droga e negam que ela produza prazer. Com essa atitude, se nega a veracidade da mensagem.

O fato de saber que tem perigo sem dar uma mensagem completa, a meia verdade ou, como se diz, a pedagogia do terror, não tem levado nenhum sucesso aos programas de prevenção.

Perguntamos, e a maconha? Surpreendente é que 40% dos entrevistados, independentemente da idade, acham que fumar uma ou duas vezes na vida é um grande perigo.

A pergunta foi feita com o propósito de saber de um risco suave, um risco moderado, um risco grave. Isso mostra também que a campanha da pedagogia do terror funciona: avisa que pode ser grave, mas não é eficaz do ponto de vista prático.

No terceiro lugar, comparamos, diante dessas informações, o que ocorre com as internações. Temos dados de mais de 20 anos. A última publicação que fizemos foi em 1999. Temos, inclusive, informações de hospitais psiquiátricos.

Vimos por idade também. Desde 1999, 36.912 pessoas foram internadas por problemas agudos de intoxicação ou dependência de álcool. A faixa etária das internações predominou acima de 30 anos. O alcoolismo

é, realmente, algo que atinge as pessoas no decorrer dos anos.

Com todas as outras substâncias psicoativas juntas – maconha, cocaína, ecstasy, mescalina – dá pouco mais de 6.400 pessoas, predominando na faixa etária de 18 a 30 anos de idade. Ou seja, é muito menos que só o álcool. Esse conhecimento também nos faz concluir algumas coisas mais úteis em termos de prevenção. Por exemplo, há uma faixa etária mais própria para se falar de álcool, que poderia ser logo no começo, para evitar que mais tarde isso acabe ocorrendo. No jovem, a faixa etária em que mais o problema mais ocorre é entre os 18 e 30 anos. Isso deveríamos imaginar, então, como algo que seria importante para o estudo a respeito de programas futuros.

Fomos ao Instituto Médico Legal de São Paulo, Santos e Natal. Em São Paulo, em 2002, conseguimos os laudos de todos os casos de morte não natural e sem causa definida, como assassinato e atropelamento. Nessas pessoas, fizemos exames no sangue por álcool e droga. De cerca de 2.612 laudos cadavéricos, só 499 eram negativos para o álcool; 2.074 cadáveres já tinham alguma quantidade quase inacreditável de álcool.

Aproveito e faço um comentário breve a respeito da atual Lei Seca no Brasil. Dizem que está dando resultados, que está funcionando. Graças a Deus, é preciso mesmo que se ache algo que funcione. Mas há um aspecto curioso: essa lei enfatiza o não dirigir, ela não enfatiza não beber ou beber adequadamente.

Isso para mim é um erro gravíssimo, porque o que não foi estudado ainda, e eu gostaria que fosse, é o que ocorre com o indivíduo que chega de carro a um bar e que, depois de beber demais, deixa o carro lá e volta de táxi. Mas, se ele não tiver dinheiro suficiente, voltará a pé. Vocês já imaginaram o que é um bêbado na rua andando? O perigo que ele corre é muito maior do que dirigir. Já imaginaram um bêbado entrando em um ônibus à noite e criando caso? São coisas que a lei não prevê. Não pensamos em coisas assim, óbvias. Mas é preciso.

Preocupamo-nos muito também com o beber dos jovens. Tenho dados de várias cidades em dois levantamentos que fizemos de tentativas de suicídio por crianças em situações de rua. Em 1997, 26,3% dessas crianças que entrevistamos, por meio de técnicas qualitativas, tinham feito uma tentativa real de se suicidar.

Em 2003, esse número não variou, diminuiu de 19,5% para 10,2% em Porto Alegre; em Recife, aumentou de 5,9% para 17,2%. São dados que valeriam também a pena prestarmos atenção, porque essas crianças estão consumindo drogas intensamente.

Gostaria de falar rapidamente sobre o uso do ecstasy e do crack aqui no Brasil e a oportunidade que perdemos de tentar coibi-los com um pro-

grama, já que na década de 90 essas drogas estavam entrando no Brasil. Ninguém prestou atenção nisso.

Um aluno do Cebrid fez uma tese em meados dos anos 90 sobre o ecstasy, com muitas fotos. Ele entrou em uma das muitas festas *rave* que existem em São Paulo. Começa mostrando milhares de jovens reunidos. Eles têm de descansar, pois o ecstasy aumenta a temperatura corporal e, ao dançar o tempo todo, eles podem entrar em convulsão, então, tem um *chill out*, o esfriar. Os próprios promotores da festa fazem em segundos uma armação grande, como um circo, onde centenas de jovens ficam lá, tentando esfriar.

Na Inglaterra, quando o Ministério da Saúde sabe que vai haver uma festa *rave* – que geralmente acontece no interior –, manda uma equipe especializada, que monta uma grande tenda com aparelho de ar condicionado para resfriamento e, ao mesmo tempo, com uma banheira com água e gelo fundente, toalhas, para as pessoas colocarem, para não entrar em hipertermia e provocar convulsão. Já morreu muita gente aqui no Brasil em decorrência do uso do ecstasy, todos jovens.

Vou falar de uma experiência com ecstasy, usando animais de laboratório, na verdade, macacos da mesma idade. Um deles recebeu placebo no controle, o outro recebeu uma dose do MDMA 5mg/kg durante bastante tempo. Os resultados indicaram uma degeneração de neurônios naqueles que usaram o MDMA. Isso serve de alerta.

Um grupo de pesquisa qualitativa do Cebrid, coordenado pela professora Solange Napo, procurou saber em três favelas de São Paulo, onde geralmente há um alto envolvimento com o tráfico de drogas, por que existiam crianças que não usavam essas substâncias. Procurou-se saber qual é a mensagem que essas crianças recebem, que tem um efeito positivo.

O resultado foi extremamente curioso: a família, os meninos e as meninas diziam que a mensagem da mãe naquela favela era muito importante.

Digo da família e mãe porque a figura paterna em uma favela brasileira é pouco presente. É muito comum verificar a ausência do marido. A mãe é a grande heroína de uma favela.

Segundo lugar, amigos; em terceiro, a igreja. Aqui tanto faz a igreja, pode ser católica, protestante, um centro espírita, um terreiro. O importante é que tenha a pessoa presente lá.

O dado mais importante talvez e, em último caso, esteja aqui: 13,4% daqueles meninos de favela acreditam nos programas de educação e na mensagem dos professores.

Na verdade, quem faz esses programas são pessoas formadas em

universidades, com doutorado, que conhecem muito as teorias educacionais, mas desconhecem a realidade de uma favela. A criança de uma favela não pensa em nada daquilo que foi dito durante o programa de educação.

Acredito que isso poderia chamar a nossa atenção, em termos de programa educacional, para onde devem ir as verbas. Será que o Governo um dia teria a coragem de dar para as mães que vivem nessas favelas uma condição para poderem, de alguma maneira, melhorar o que elas falam para os filhos? Talvez.

Para encerrar, menciono um trabalho feito aqui em São Paulo, sobre jovens que se prostituem para arrumar dinheiro para o crack. Não é prostituta que usa crack, são jovens dependentes de crack que se prostituem para arrumar o dinheiro para a droga.

Foi feito um levantamento qualitativo e descobrimos muitas coisas. Vou citar um exemplo só para mostrar como é que erramos sem perceber.

Uma das perguntas era sobre sexo com proteção: quando elas usavam camisinha com os fregueses? Ao responderem, surgiram frases como esta: “Olha, sexo anal e boquete não têm problema nenhum, o perigoso é o sexo pela vagina, porque lá na vagina é que se dá a contaminação”.

A preocupação delas era engravidar e não a possibilidade de contrair o vírus da Aids. Era o que elas acreditavam e elas tinham tido programas educacionais sobre o uso de preservativos. E o sexo anal, que é o que mais transmite a Aids, achavam que era seguro.

Vejam outra frase: “Durante a fissura, eu faço qualquer coisa para ganhar dinheiro, ficar sem o crack é que eu não fico. O tanto de homens que aparecerem, eu vou. Já cheguei a fazer nove programas por noite”. Imagine essa moça, o potencial dela de transmissão, se ela tiver o vírus do HIV.

Outras frases sobre os preservativos: “Nunca usei camisinha, eu acho que a droga sobe para a cabeça e eu não ligo para a camisinha”; “Nunca vi ninguém com camisinha”; “Se o cara chegar e disser ‘olha, sem camisinha eu te pago o dobro’, eu aceito, porque o que eu quero é usar a minha pedra”.

Esses programas todos, na minha opinião, precisariam ser reestudados diante de uma realidade de rua e não diante de uma realidade acadêmica.



Drogas: aspectos jurídicos e criminológicos

Cristiano Ávila Maronna

Advogado; mestre e doutor em Direito Penal pela USP;
diretor do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais; ex-
membro do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas

VOU ABORDAR EM LINHAS GERAIS os aspectos jurídicos do uso de drogas, discutir a pertinência, conveniência e eficácia do sistema de proibição de drogas, e tentar lançar bases para buscarmos a construção de uma alternativa viável, fora da proibição.

A nossa lei de drogas, a Lei 11.343, foi editada em 2006 e entrou em vigor substituindo a Lei 6.368, de 1976. Define no seu parágrafo único do artigo primeiro o seguinte: “Para fins desta lei, consideram-se como drogas as substâncias ou produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”.

Essa definição, quer dizer, que droga é toda substância capaz de causar dependência, nos traz um primeiro questionamento Se parasse por aí, estaria ótimo.

No entanto, a lei prossegue, diz que deve haver uma previsão na lei, no regulamento. Quer dizer, a primeira discussão é: existe uma justificativa razoável, racional, com base científica, para tratar de forma diferente substâncias que causam prejuízos à saúde, causam dependência? O álcool, tabaco, fármacos, de um lado, as drogas legais, drogas institucionalizadas; e, de outro, as drogas ilegais: cocaína, heroína.

A lei de drogas trabalha basicamente com duas figuras penais, dois tipos de crimes. Na verdade, a lei não pune o uso propriamente, mas o porte para o consumo pessoal e o tráfico de drogas.

Existem outras figuras, mas, até para simplificar a discussão, diga-mos que a lei trabalha nessa dicotomia, nesse binômio: uso e tráfico.

Há uma diferença de tratamento muito evidente entre as duas figu-

ras. No caso do uso de droga, a punição é uma pena não privativa de liberdade. O Artigo 28 da lei 11.343 diz assim: “Quem adquirir, guardar, tiver em depósitos, transportar ou trazer consigo para consumo pessoal drogas, sem autorização ou em desacordo com determinação legal regulamentar, será submetido às seguintes penas: 1) advertência sobre os efeitos das drogas; 2) prestação de serviço à comunidade; 3) medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”.

No caso do crime de tráfico de drogas que está previsto no Artigo 33, essa mesma lei diz assim: “Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar ao consumo ou fornecer, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com a regulamentação legal e regulamentar, a pena é de reclusão de 5 a 15 anos e pagamento de 500 a 1.500 dias/multa”.

Fica claro que o tratamento dado pela lei ao uso de drogas é muito mais brando do que ao tráfico, e isso tem uma justificativa: o uso de drogas é muito menos grave, do ponto de vista jurídico, do que o comércio clandestino.

Essa distinção, que na teoria é fácil de entender, na prática apresenta uma série de problemas. Como ficou claro na leitura dos tipos penais, quando a lei diz que determinada conduta é crime, ela deve descrever essa conduta do tipo penal.

O tipo do tráfico de drogas no Artigo 33 diz: “Importar, exportar...”, são 18 verbos que reproduzem a ação proibida. O verbo é o núcleo do tipo, ele descreve a ação proibida.

Fica claro, na leitura do crime do Artigo 28, que são o porte para consumo pessoal e o crime do tráfico de drogas do Artigo 33 os responsáveis por enquadrar toda e qualquer conduta relacionada às drogas, como o tráfico preferencialmente, e apenas subsidiariamente como parte para consumo pessoal.

Já conseguimos identificar essa tendência quando percebemos que no Artigo 33 há 18 verbos e no Artigo 28 apenas cinco verbos. Mas não se trata apenas de uma questão aritmética, vamos para o exemplo prático.

Um cidadão que usa cocaína e que tem o desejo de usá-la, vai à boca de fumo, à biqueira, com a intenção de adquirir quatro gramas de cocaína, exclusivamente para consumo pessoal. O traficante diz para ele que não tem um papelote de quatro gramas, ele tem apenas quatro papelotes de um grama cada um, então vende a droga para essa pessoa, que sai andando, é abordada pela polícia, é presa e muito provavelmente será denunciada, processada e condenada por tráfico de drogas. Porque na cabeça do delegado, do promotor e do juiz, quem anda com quatro papelotes de cocaína no bolso é traficante, não é usuário.

O grande drama da lei de drogas, digo isso porque na minha profissão, na advocacia criminal, lido com essa situação diariamente, é que não há um critério objetivo para fazer a distinção entre o tráfico e o uso de drogas. Então, muitas pessoas que são usuárias são condenadas como se fossem traficantes.

A ausência de um critério objetivo para diferenciar o tráfico do uso de drogas é um grande problema. A lei diz que, para determinar se a droga se destina ao consumo pessoal, deve atender à natureza e à quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que se desenvolveu a ação, as circunstâncias sociais e pessoais, bem como a conduta e os antecedentes do agente.

Aqui tem um aspecto bastante degradante da lei, que é o que chamamos de direito penal do autor. Para que uma pessoa seja punida, o que importa é o que ela fez e não o que ela é, o que importa são os atos concretos que ela praticou e não o que ela pensa.

Há uma espécie de culpabilidade pela conduta de vida. A pessoa foi condenada por tráfico de drogas, qualquer outra ocorrência anterior que envolva essa pessoa com drogas, naturalmente ela vai ser novamente enquadrada como traficante, ainda que se trate de um caso de uso, porque um dos critérios que o juiz usa para determinar se é uso ou se é tráfico são justamente os antecedentes do agente.

Gostaria de abordar uma das regras que balizam, que limitam a intervenção do Direito Penal. O Direito Penal tem uma característica especial. O Direito, de uma forma geral, tem o objetivo de garantir a paz social, aquele mínimo necessário para que existam condições de convivência na comunidade.

Mas o Direito Penal não é o único mecanismo de controle social, nós temos o Direito Administrativo e o Direito Civil, por exemplo. Basta imaginar o seguinte: quando alguém está dirigindo seu automóvel e ultrapassa o limite de velocidade, essa pessoa está infringindo uma regra do Direito Administrativo e está sujeita a uma sanção que é uma multa.

Quando, além de infringir uma regra do Direito Administrativo, essa pessoa causa um acidente e desse acidente resulta um dano patrimonial, essa pessoa infringe uma regra do Direito Civil: “aquele que causar dano a outrem, tem o dever de indenizar”.

Agora, se além da regra do Direito Administrativo, da regra do Direito Civil, esse acidente causar, por exemplo, a morte de alguém, então aí há a necessidade de intervenção do Direito Penal.

Este exemplo mostra que o Direito Penal é a última e a mais extrema instância do controle social, então deve ser reservada para aqueles casos mais graves, quando o Direito Penal, a intervenção penal, se mostra realmente necessária.

Uma das regras que limitam a intervenção penal é a que diz que “a autolesão é impunível”. Se a pessoa tenta suicídio e não consegue, ela não pode ser processada e condenada por tentativa de suicídio. O suicídio só é penalmente relevante quando um terceiro instiga, induz, auxilia alguém a praticá-lo. Quer dizer, para que haja legitimidade da intervenção penal é necessária a alteridade, é necessário que a conduta da pessoa, de alguma forma, prejudique um terceiro.

O que isso tem a ver com a questão das drogas? Quem usa drogas lesa a própria saúde individual, como regra. Mas, tendo em vista a proibição da punição da autolesão, a ciência jurídica criou uma espécie de malabarismo para justificar a punição do porte de drogas para consumo pessoal, dizendo que: “aquele que porta drogas para consumo pessoal representa um perigo potencial de expansão do consumo”.

O que nós temos aqui na verdade é uma distorção do papel do Direito Penal, que é o de garantir os valores mais essenciais da vida em sociedade, como a própria vida e a liberdade, funcionando como uma espécie de ortopedia moral. Quer dizer, o Direito Penal funcionaria como uma espécie de educação moral para pessoas adultas, para reprimir e punir maus hábitos e maus exemplos.

A minha proposta é usar um método da teoria do *labeling approach*, que é uma teoria criminológica que propõe uma mudança de foco, dos *bad-actors* para os *powerful-reactors*. É tirar o foco do criminoso e tentar compreender os mecanismos de controle.

Uso esse método para, em primeiro lugar, mostrar o enfoque que prevalece, que é o da droga como um problema, para depois tentar analisar a proibição como um problema.

Qual é a justificativa que está por trás da proibição, do proibicionismo? É a ideia de droga como problema. Todas as convenções da ONU condenam as drogas ilegais e consagram a proibição. O proibicionismo completou, em 2009, cem anos. Em 1909, a Convenção de Xangai foi chamada para reprimir o ópio, e o proibicionismo começou a ser construído. Depois, em 1961, a Convenção Única, a *Single Convention* de Nova York, já previa a erradicação das drogas ilegais em um determinado prazo. Depois, em 1971, a Convenção de Viena; em 1988, também a Convenção de Viena; em 1998, a Convenção Especial da ONU e, em 2009, tivemos a 52ª Reunião da Comissão de Drogas Narcóticas da ONU.

Todos esses documentos internacionais consagram a proibição e preveem um prazo de tempo, no caso do último agora, de dez anos, para que as drogas ilegais desapareçam.

O consenso em torno da proibição é talvez uma das raras unanimidades planetárias, do centro à periferia, da direita à esquerda, em dita-

duras e democracias, a proibição é um consenso em torno do mundo. A premissa na qual a proibição se assenta é a de que qualquer política mais tolerante ensejaria uma epidemia global de dependentes, o que destruiria a sociedade.

Antonio Maria Costa é o diretor executivo do escritório das Nações Unidas para as drogas e crimes, *United Nations Office of Drugs and Crime* (UNODC). Aliás, o próprio nome desse escritório já justificaria uma discussão, essa associação entre droga e crime é muito discutível, mas, enfim, normalmente passa despercebido e nem pensamos nisso. Ele, no discurso de abertura dessa reunião em Viena, em março de 2009, disse que o controle internacional limitou o número de pessoas que usam drogas ilegais a uma pequena fração da humanidade, muito menor do que o número de pessoas que usam outras substâncias que causam dependência como álcool e tabaco.

Ou seja, segundo a versão oficial, a proibição estabilizou o mercado da droga. De acordo com dados da própria ONU, em todo o mundo o tabaco mata 5 milhões de pessoas por ano; o álcool, 2,5 milhões de pessoas; as drogas ilícitas 200 mil pessoas.

Cinco por cento da população adulta mundial usa drogas ilegais. Isso significa aproximadamente 200 milhões de pessoas e apenas 0,6% apresenta problemas com drogas, dependências. O que mostra, de acordo com esses dados, que a maioria das pessoas que usam drogas não desenvolve dependência.

Uma pesquisa recente mostrou que Portugal é hoje o único país europeu que explicitamente descriminalizou o uso de qualquer droga. Em Portugal, qualquer droga, não que possa ser consumida, mas deixou de ser crime, passou a ser uma infração administrativa como uma espécie de multa de trânsito. Continua proibida, mas não mais reprimida pela lei penal.

O que aconteceu? De 2001 até 2009, de acordo com essa pesquisa, vem caindo o número de usuários de todas as drogas ilegais, inclusive o número de overdoses, especialmente entre os jovens.

O *World Drug Report* da ONU reconheceu os progressos feitos em Portugal e, pela primeira vez na história, abriu a possibilidade pelo menos de discutir a descriminalização da droga como um caminho viável.

Até então a proibição era vista como uma espécie de dogma religioso, que não poderia ser discutido, uma espécie de “ame-o ou deixe-o”. Você é a favor da proibição ou, se é contra, você é acusado de estimular, encorajar o uso de drogas.

Mudando o foco, a proibição como o problema, tentando enxergar quais os interesses que estão por trás do proibicionismo: a proibição é uma espécie de cruzada moral, aliás, a opção pela guerra às drogas, a

War on Drugs, é uma “guerra santa” contra as drogas ilegais que se baseia nessa artificial diferenciação entre drogas legais e ilegais. Após cem anos de proibicionismo, o fracasso é inegável, as drogas ilegais nunca foram tão abundantes, tão baratas e tão acessíveis quanto hoje.

O proibicionismo, além de não ter resolvido o problema a que propôs resolver, de erradicar as drogas ilegais, não aconteceu e jamais vai acontecer, porque é uma ideia onipotente, absolutamente irrealizável, jamais as drogas vão desaparecer. E ele causa danos colaterais, que são ainda mais lesivos do que o abuso de drogas. São eles, dentre muitos outros, o incremento da violência, o encarceramento em massa e a corrupção de agentes estatais.

A violência é própria do modelo bélico. O homem convive com as drogas há milênios e essa relação nunca foi violenta, o que introduziu o elemento violência nessa relação foi justamente a opção pelo modelo bélico.

Segundo problema, o encarceramento em massa. Como vimos, a tendência da lei de enquadrar toda e qualquer conduta como tráfico de drogas e o fato de a lei tratar o tráfico de uma forma muito dura geram essa consequência.

No Brasil, temos hoje quase 500 mil pessoas nas prisões, sendo que o nosso sistema prisional tem capacidade para aproximadamente 250 mil pessoas. Isso significa que há um déficit de aproximadamente 50%, quer dizer, as prisões no Brasil são verdadeiras sucursais do inferno e grande parte das pessoas presas no Brasil está processada ou condenada por tráfico de drogas.

E, finalmente, a corrupção. Sem a corrupção, não haveria tráfico de drogas.

A minha proposta é buscar uma racionalidade, a proibição não é racional. É preciso constatar algo evidente: a proibição não é o único sistema de controle de drogas, mas certamente é o pior e o mais ineficaz.

Jack Cole, que foi policial e atuava como agente infiltrado em organizações criminosas dedicadas ao tráfico de drogas, se convenceu da absoluta ineficiência da proibição. Hoje é diretor executivo do *Law Enforcement Against Prohibition*, uma organização não-governamental formada por delegados, promotores, juízes; pessoas que atuaram na guerra às drogas se convenceram de que a guerra às drogas é fadada ao fracasso, e hoje militam contra a proibição.

O *Law Enforcement Against Prohibition* diz o seguinte a respeito do *War Drug Report* divulgado essa semana: “O Antônio Maria Costa, diretor do UNDC, quer que você acredite que o movimento pró-legalização quer abolir o controle de drogas, e é exatamente o contrário. Nós propomos substituir o proibicionismo falido por um sistema que realmente regule e que controle drogas, incluindo pureza, preços, quem produz, quem pode

vender. Não há controle efetivo, sobeje da proibição, como nos ensinou a experiência com a Lei Seca nos Estados Unidos”.

Então, entre as propostas, existe a da legalização controlada. Quem tiver interesse em saber mais sobre isso, pode consultar o site do IBCCRIM, www.ibccrim.org.br, Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. É uma ONG à qual pertencem e da qual faço parte da própria diretoria. Há um texto falando em Política de Drogas em que a proposta de legalização controlada é esmiuçada.

Mas essa ideia não é defendida apenas pelo IBCCRIM. Aliás, muito antes do IBCCRIM, a revista *The Economist*, já em 1989 e agora em 2009, reafirmou essa convicção no número da primeira semana de março do *The Economist*, com o título: “Como parar a guerra às drogas”. E o título da matéria interna é “A proibição falhou, a legalização é a última má solução”, uma matéria muito interessante, na qual defendem essa ideia.

Mas a legalização abrupta, de uma hora para outra, sem transição, seria trocar a radicalização da proibição pelo lado contrário, e é possível buscar outras formas, outras políticas realistas fora da proibição. E a ideia então seria buscar um ponto intermediário entre a proibição total e a legalização total.

Aqui costumo fazer um paralelo com os instrumentos de que um país dispõe para resolver os litígios internacionais. São basicamente dois: a diplomacia e a guerra, a guerra é um dos extremos. Quando se está na guerra total ou na paz total, não há espaço nenhum para o diálogo, a política como espaço de negociação surge exatamente entre dois extremos.

Costumo usar uma imagem de alguns anos atrás, da Tropa de Choque da Polícia Militar perfilada, pronta para entrar em ação. Os policiais usavam cacetetes, capacetes, escudos, e um dos policiais escreveu no seu cacetete a palavra “diálogo”, e provavelmente ia dialogar dando boraçada no povo.

Afirmo que o diálogo possível, dentro da proibição, é o diálogo da Repressão Penal, ou seja, é o não-diálogo. Portanto, para que haja diálogo, para que possamos construir uma alternativa viável, é preciso reconhecer a absoluta ineficiência da proibição e buscar uma alternativa a ela.

Um dos caminhos seria justamente a experiência em Políticas de Saúde Pública com as drogas lícitas. O que aconteceu com álcool e tabaco é muito interessante. Havia uma absoluta liberdade de consumo, de acesso. E dessa absoluta liberdade do passado estamos caminhando para um sistema de progressivas restrições e progressivos controles.

No caso do tabaco, a lei estadual proíbe, no meu modo de entender, acertadamente, o consumo em qualquer ambiente fechado, porque isso lesa a saúde de terceiros, e inclui a proibição da propaganda, por exemplo. No caso do álcool, a mesma coisa.

Acredito que a chamada Lei Seca não tem o poder de resolver todos

os problemas. O problema de beber e dirigir é algo muito relevante e, é óbvio, talvez o mais interessante fosse conscientizar as pessoas de que elas não deveriam beber em excesso.

Agora, como não é possível resolver todos os problemas, talvez para eleger uma das prioridades, eu elegeria justamente a conscientização das pessoas no sentido de que não devam beber e dirigir. É mais fácil tentar conscientizar as pessoas de que beber e dirigir é algo muito perigoso do que tentar fazer com que as pessoas não bebam. Como é preciso eleger uma prioridade, entendo que nesse ponto a lei foi acertada.

Em relação à propaganda do álcool, é interessante observar, em primeiro lugar, que a propaganda não foi banida, graças ao *lobby* milionário do marketing, especialmente em torno da cerveja..

Quando vemos as propagandas de cerveja, a cerveja é vendida como uma substância neutra, as pessoas felizes, descontraídas, mulheres bonitas, seminuas. Em compensação, a propaganda proibicionista demoniza as drogas ilegais e responsabiliza o usuário pela violência, dizendo: “Olha, quem usa drogas financia a violência”, quando, na verdade, a violência decorre da opção pelo modelo bélico. Então, essa distinção de tratamento é também muito interessante.

Para finalizar, penso que não dá para dizer que tenhamos uma solução pronta e acabada, mas me parece que a direção a ser seguida é justamente a de unificar as Políticas Públicas na área da Saúde Pública para toda e qualquer droga, legal ou ilegal. Levando em conta a potencialidade de dano à Saúde Pública, que é o que realmente interessa, com ênfase na prevenção e no tratamento. Mais tolerância, ainda que contrariada, e menos ordem, é o que reclama uma sociedade verdadeiramente aberta.

Entendo que é preciso lançar as bases para que tenhamos uma convivência pacífica com as drogas, tendo em vista que é melhor tentar prevenir e controlar do que tentar proibir e reprimir.

Nesse sentido, a minha proposta é de tentar uma radical nãointervenção, a substituição da ideia antiga dos romanos, “se queres a paz, prepara-te para a guerra”, para outra ideia, “se não queremos a guerra façamos a paz, se queremos a paz não façamos a guerra”.

Para finalizar, tenho aqui um texto de Maria Lúcia Caran, uma jurista que escreve sobre o assunto, no qual ela diz o seguinte:

“Esta globalizada política proibicionista somente se sustenta pelo entorpecimento da razão. Somente uma razão entorpecida pode crer que a criminalização das condutas de produtores, distribuidores e consumidores de algumas dentre as inúmeras substâncias psicoativas sirva para deter uma busca de meios de

alteração do psiquismo, que deita raízes na própria história da humanidade. Somente uma razão entorpecida pode admitir que, em troca de uma ilusória contenção desta busca, o próprio Estado fomenta a violência, que só se faz presente nas atividades de produção e distribuição das drogas qualificadas de ilícitas, porque seu mercado é ilegal. Somente uma razão entorpecida pode autorizar que, sob este mesmo ilusório pretexto, se imponham restrições à liberdade de quem, eventualmente, queira causar um dano à sua própria saúde. Somente uma razão entorpecida pode conciliar com uma expansão do poder de punir, que, utilizando até mesmo a repressão militarizada, crescentemente desrespeita clássicos princípios garantidores, assim ameaçando os próprios fundamentos do Estado Democrático de Direito”



Crack e mídia: comunicação e propaganda na idade da pedra

Rodrigo Alencar

Psicólogo, psicanalista e mestre em
Psicologia Social pela PUC-SP é também membro
do laboratório Psicanálise e Política

Você está sentada em seu sofá, de frente à televisão, que veicula um programa com uma reportagem especial sobre o crack. A cena apresenta uma paisagem deteriorada, prédios com paredes esburacadas, espaços abandonados. Pessoas se movimentam na paisagem, pele acinzentada e membros magros; uma mulher grávida de barriga pontiaguda e braços finos se agacha sobre um cachimbo, os efeitos da câmera produzem uma áurea cinza deixando a imagem quase em preto e branco, enquanto a chama que é aspirada para dentro do cachimbo produz um amarelo contrastante. A trilha sonora é composta por sons graves com agudos súbitos, como naquele filme de terror B, já conhecido pela telespectadora. Pausa para os comerciais: shampoos que abrilhantam os cabelos e trazem o galã amado; carros seguros e confortáveis que desbravam florestas, televisões do tamanho da parede de sua sala e as próximas vinganças e traições da novela das nove. Volta à reportagem especial, um homem de roupas formais fala sobre sua luta contra as drogas, conta que conseguiu vencer e agora, caminhando entre árvores baixas sob o pôr do sol, relata como ajuda outros dependentes químicos a largarem o vício. Corte para última cena externa: uma mulher aparentando 50 anos chora diante da câmera, fala sobre como perdeu seu filho para o crack, os roubos domésticos, as posturas agressivas e o triste trajeto até o óbito. Enquanto ela chora, a câmera foca em suas lágrimas que escorrem sobre a pele morena e enrugada de seu rosto, preenchendo a imagem, o som de um piano com notas espaçadas nos remetendo à infinita tristeza que é perder um filho para o crack. Corte para o repórter no estúdio, discorrendo brevemente sobre o perigo da droga e a impotência das famílias diante dessa substância mortal e avassaladora. Termina o programa,

passam mais alguns comerciais, segue a programação.

As cenas descritas acima se repetem ao menos mensalmente nos canais da televisão aberta. Quem as visualiza pode pensar que os comerciais pouco dizem respeito ao conteúdo do programa e não produzem nada além de contraste. Ledo engano. Todo o tempo ofertam-se identidades, modos de existência. Do jovem empresário bem sucedido dirigindo seu 4x4 na floresta virgem, à grávida crackeira no meio do lixo, há imagens estereotipadas completas de sentido, seja de sucesso financeiro e desbravamento do desconhecido seja da tragada trágica e intensa aprisionada em um produto-substância. As duas imagens comportam em seus modos de existência algo em comum: ausência de limites para gozar.

No trabalho com essas duas imagens, cabe a identificação de duas propostas que se mesclam: mídia e propaganda. Consideremos um breve distanciamento entre as propostas. No caso da mídia, devemos entendê-la como meio de comunicação, em maior ou menor escala. Já a propaganda é uma estratégia que visa difundir e/ou persuadir alguém de uma ideia, posicionamento, aceitação passiva ou mesmo aceitação interativa com finalidades diversas. Não limitemos aqui a compreensão de propaganda no spot veiculado nos intervalos comerciais. Esse formato, apesar de largamente difundido, é apenas um fragmento do que veio a engendrar, ao longo do século XX, as estratégias de comunicação mais refinadas e mordazes, do jabá televisivo ao marketing de guerrilha. A propaganda é o meio pelo qual se busca produzir novas formatações subjetivas, construindo realidades discursivas e estéticas que comportam seus objetivos mais ousados: criar, destruir ou substituir hábitos e costumes, visando à massa ou grupos segmentados por estilos de vida. Quem lê este parágrafo pode pensar que estou me referindo à iniciativa privada e estritamente comercial. Não é o caso. Devo lembrar aqui que toda campanha que se lança via meios de comunicação, seja de saúde pública seja de venda de cosméticos, busca uma inserção de seu discurso nos interstícios de tarefas cotidianas que poderão aceitar um novo regime de verdade. Também não é irrelevante que um diretor de marketing assessorie uma campanha eleitoral ditando ao candidato grande parte de seus passos e posicionamentos em uma disputa por um cargo público. Desde o início do século passado, a prática tem por finalidade construir uma cena em que capture o eleitor ou consumidor, em traços identificatórios que resultarão em maior apoio e demanda ao candidato na sua promessa de melhorismos. Ou seja: nos meios de comunicação em larga escala, a propaganda sempre está presente, ganhando cada vez mais força e refinamento.

A visualização desse movimento é imprescindível para compreender o espaço que o crack ganhou nos últimos anos. Nas recentes eleições pre-

sidenciais, não houve qualquer divergência ou debate quando o assunto foi o crack. Candidatos de esquerda ou direita que detinham maiores números nas pesquisas só puderam endossar uma afirmação: “nas drogas: prioridade de combate ao crack”. Portanto, não menos interessante, é a proporção e a importância que a pedra ganhou nos últimos anos. De acordo com Nappo (2008), a primeira apreensão da droga na cidade de São Paulo data de 1989. Poderíamos nos questionar sobre os critérios dos quais uma substância passa a ser relevante e ter destaque nas pautas dos maiores jornais e emissoras do país, e consequentemente, dos debates eleitorais. Caso fosse o número de pessoas que já fizeram uso do crack, esse critério seria merecedor de pouquíssima atenção, visto que na última pesquisa publicada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), em 2005, em 108 cidades do território nacional, o uso de crack atingia 0,7% dos 7.939 entrevistados, enquanto o uso de álcool atingiu 74,6%, até mesmo os benzodiazepínicos superam largamente a pedra maldita, apontando para 5,6%. Já quanto à dependência entre os entrevistados, há 12,3% de dependentes de álcool e 0,5% de benzodiazepínicos, e quanto ao crack o número não foi representado por não chegar a 0,2%. Essas estatísticas podem desconstruir uma série de mitos, entre eles, o de que após a primeira tragada o usuário está perdidamente dependente, condenado a vagar, fumar pedras e ter no máximo mais um ano de vida. As pesquisas específicas sobre o crack e de abrangência nacional ainda estão em andamento, e até o momento não há dados fidedignos que possam apontar a dimensão da questão na esfera pública. Todavia, se fizermos uma busca em um portal de um jornal de grande circulação, encontraremos, de janeiro a novembro de 2011, 292 notícias que contêm a palavra crack, contrastando com 94 matérias no ano de 2000.

Portanto, devemos considerar duas dimensões de propaganda que se fazem presentes: a primeira inclui o assunto na pauta do debate público. Visibiliza e dá dimensão a uma questão que provoca um movimento que pode gerar comoção e clamor da chamada “opinião pública”, trazendo status notável ao tema. Esta primeira dimensão convoca a segunda: o posicionamento do poder público frente à questão que entrou na pauta. A partir do momento em que a questão se apresenta como relevante para a sociedade, o poder público deve agir, ainda que pautado em medos e anseios que não necessariamente se justifiquem em estatísticas ou racionalmente. A narrativa do drama familiar entra no discurso da urgência de ações imediatas que visem sanar o problema. Isso justifica, por um lado, o lançamento de uma campanha que propague a ameaça do crack enquanto epidemia, e por outro, a ausência de ações para maior controle e rigor na recomendação de uso de benzodiazepínicos que, segundo as estatísticas do CEBRID, é um pro-

blema de maior abrangência.

Ao escrever sobre os processos grupais, Freud situa a escolha de uma ameaça enquanto um movimento que pode protagonizar as relações de um grupo. Segundo o autor: “inclinado como é a todos os extremos, um grupo só pode ser excitado por um estímulo excessivo. Quem quer que deseje produzir efeito sobre ele, não necessita de nenhuma ordem lógica em seus argumentos; deve pintar nas cores mais fortes, deve exagerar e repetir a mesma coisa diversas vezes” (2006). O texto publicado em 1921 revelava uma das maiores artimanhas da propaganda. O movimento descrito por Freud, se fazia evidente nas campanhas levadas a cabo na primeira guerra, e estas viriam a ser largamente exploradas na segunda grande guerra, tendo como um de seus maiores articuladores o ministro da propaganda nazista, Joseph Goebbels.

O que nós, hoje, podemos chamar de uma campanha de saúde, também se inscreve em um método propagandístico. Machado e Miranda (2007) ressaltam bem em seu artigo como as políticas públicas voltadas para as drogas no Brasil nunca obtiveram uma separação entre segurança e saúde. A criação da Secretaria Nacional AntiDrogas, no gabinete de segurança institucional, era a marca do lugar que as drogas ocuparam no Brasil. Na última década, uma série de debates e manifestações têm exigido mudanças nos olhares das políticas sobre drogas no Brasil. Entretanto, à medida que o debate passa a ocupar o espaço público, o discurso bélico próprio aos tempos de guerra tomam de assalto campanhas de saúde pública, principalmente organizadas pela sociedade civil. A referência ao crack como uma peste, doença, ou substância que irá destruir milhares de famílias em progressão geométrica não é rara, e não por menos ocupa grande espaço no debate político.

Imprescindível rememorar que substâncias que interagem com o psiquismo acompanham a história humana em seus mais variados contextos. Porém, somente a sociedade pautada no incessante crescimento econômico, na qual vivemos hoje, pode produzir à sombra de seu desenvolvimento substâncias que circulam de formas tão nocivas por vias de consumo tão empobrecedoras em sua dimensão subjetiva. O olhar do psicólogo frente ao crack e à enxurrada de clamores e alarmes sobre a pedra, que pela via discursiva é repleta de poderes tão malignos e vis, não pode ser destituído de crítica do prejuízo que é para a saúde pública tratar a questão das drogas como uma questão de segurança, regulamentação e controle. A restrição desta questão a estes âmbitos, encerrou uma série de sujeitos em dramáticos curtos-circuitos simbólicos que passam a se modular pelo binarismo exposto na cena televisiva: ou pleno gozo de sucesso, ou pleno gozo de fracasso. Os elementos presentes em algumas campanhas sobre o crack

desenham valores que só adquirem contorno sob os traços estremecidos do medo e da ameaça. Entretanto, a última campanha lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde, *Crack: é possível vencer*, seria propícia a apontar para um direcionamento contrário às primeiras campanhas sobre a droga como algo que simplesmente causa dependência e mata. Porém, esse caminho inverso acaba se revelando como face da mesma moeda. A campanha, que se preocupa em responder à terrorificação, tem como público maior os familiares, não os usuários em condição precária. O ato de fumar pedra até submeter a vida à soleira da morte é justamente um ato de negação ao ideal de competitividade e reconhecimento social oferecido pelas vias convencionais: estudar, trabalhar, constituir uma família, comprar carros, etc. Portanto, cabe considerarmos que o slogan da campanha *Crack: é possível vencer* é justamente a contramão da dinâmica psíquica de seu público-alvo, a proposta de formar um vencedor, no caso um ex-usuário de crack dita o sonho dos pais sobre seus filhos, mas não necessariamente o sonho dos filhos quanto a seu futuro. É realmente preocupante que campanhas do Ministério da Saúde não sustentem slogans de campanhas de redução de danos. Os trocadilhos com nomes de substâncias e gírias e as práticas de aproximação que não ocorrem pela via da condenação moral dos vencedores que falam aos fracassados tendem a um potencial de vinculação para tratamento por uma via muito mais promissora. Tais estratégias, ao invés de ditar estereótipos de reconhecimento social, podem possibilitar àquele que é tocado em seus sentidos, a possibilidade de transitoriedade de seu desejo e a valiosa lembrança de que as drogas não precisam ser exclusivamente um fim em si.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. *Crack: é possível vencer*. Sítio na web, disponível em: “<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack>”<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack>. Acesso em: 13/12/2011.
- FREUD, S. *Psicologia de grupo e análise do ego*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2006.
- MACHADO, A. R. e MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. IN: *Rev. História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.
- NAPPO, S. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 35, nº 6, p. 212 – 218, 2008.
- SENAD. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. Disponível em: HYPERLINK “<http://www.cebrid.epm.br/index.php>”<http://www.cebrid.epm.br/index.php>. Acesso em 02/04/2008.



O enfoque na mudança de mentalidade como arma para suplantar o proibicionismo

Júlio Delmanto

Marco Magri

Integrantes do Coletivo DAR – Desentorpecendo a Razão

DIANTE DE UMA RAZÃO ENTORPECIDA PELO SENSO COMUM e pela ideologia dominante, que vê nas drogas o grande problema da sociedade e opta por uma proibição arbitrária e ineficaz, nossa opção foi pela organização. Organizar-nos para desentorpecer a razão, buscando alternativas para a atual conjuntura proibicionista, responsável por toda a violência e corrupção que envolvem o comércio de substâncias ilícitas tão desejadas por parte considerável de pessoas ao redor do planeta.

O Coletivo DAR surge a partir de uma perspectiva interdisciplinar, ligada aos movimentos sociais, que busca ampliar sua atuação e formular ações para além dos interesses dos usuários ou da maconha somente. Através do enfoque duplamente repressivo que ataca, no individual, a liberdade de usar o próprio corpo e, socialmente, a parte da população considerada perigosa, traficante e criminoso. O absurdo proibicionismo é o terreno onde germinaram nossas preocupações e motivações, inserindo-nos no chamado movimento antiproibicionista, questionador da atual forma de gestão social de algumas drogas tornadas ilícitas há menos de um século.

Articulado na negativa do uso das drogas, o antiproibicionismo é heterogêneo e cada vez mais amplo, sobretudo com a escalada midiática e política que o debate sobre drogas ganhou nos últimos anos, com papel preponderante da Marcha da Maconha, movimento do qual fazemos parte. Dentro desta ampla gama de atividades, ações e articulações que comungam do desejo de outra forma de controle social e gestão dos psicoativos tornados ilícitos, vemos prioridade na atuação em prol de uma necessária mudança de mentalidade no que tange ao status social das drogas em nossa sociedade.

Vislumbram-se pequenos avanços no judiciário com a descriminalização da posse de drogas para consumo pessoal estar próxima de ser

pautada no Supremo Tribunal Federal (STF). Mas há ainda riscos de retrocesso na já péssima lei de drogas no âmbito de um poder legislativo altamente conservador e dominado por interesses econômicos e religiosos, além de um executivo também alinhado a esses interesses. E pior, isso não deixa de ser reflexo de uma mentalidade entorpecida e repressiva presente na opinião pública brasileira.

Dessa forma, obviamente caminhamos juntos e apoiamos as iniciativas institucionais que representem avanços ou atenuem os sofrimentos causados por nossas políticas. Entretanto, vemos prioridade no trabalho cotidiano de diálogo, ação local, base, parceria e interlocução constante com movimentos sociais e profissionais de saúde, assistência social, direito, etc. É deste solo que vemos maiores possibilidades de florescimento das mudanças que urgem.

Culpar as substâncias obscurece a busca por soluções efetivas

Iniciadas no século passado, institucionalizadas pela ONU em 1961 com a Convenção Única sobre Entorpecentes e potencializadas com o fim do comunismo, o advento do chamado neoliberalismo e as políticas externas dos presidentes estadunidenses Ronald Reagan e Richard Nixon, as políticas de “guerra às drogas” prometem acabar com os danos causados pelo seu consumo a partir da criminalização do usuário e da própria substância. Promete-se que as mortes e doenças supostamente por elas acarretadas serão evitadas usando uma dura repressão militar ao comércio, que seria progressivamente eliminada da face da Terra através da contenção, não da demanda, mas sim da oferta. A criminalização do usuário e do comerciante cria um novo tipo de criminoso e de contrabando, seguindo a lógica da experiência da proibição do álcool nos Estados Unidos, no princípio do século 20, um novo tipo de mercado ilegal, violento, corrupto e ultralucrativo.

No Brasil, o combate às drogas tem gerado sérios danos sociais, o que se reflete no alto número de mortes causadas por todos os lados dessa guerra e pelo crescente encarceramento em massa do setor mais pobre da população. Crimes relativos às drogas são o maior motivo de encarceramento de mulheres, o que desencadeou a maior explosão carcerária da história do Brasil. Entre 2005 e 2011, passou-se de 31.520, para 115.287 o número de detenções por conta de substâncias ilícitas. Esse período compreende a nova Lei de Drogas (Lei 11.343/06), que prometia avanços no que se refere à diminuição da repressão.

O comércio das substâncias proibidas é altamente lucrativo por conta da alta e constante demanda – imune às campanhas antidrogas pau-

tadas pela cultura do medo – e se utiliza da ampla penetração nos poderes executivo, legislativo e judiciário, além da convivência do sistema financeiro. A mão de obra também é farta, diante da “escolha” entre cair no mercado de trabalho cada vez mais acirrado, informal e desregulamentado ou trabalhar para os grupos comerciantes. Em todos os países há tráfico, em alguns ele é mais violento e o componente da desigualdade de social certamente é fundamental nesta equação.

Na saúde pública a promessa de tratamento para usuários que têm problemas com o seu uso também não é cumprida. O que é possível perceber tanto com os danos e mortes causados pela militarização da questão, quanto com a proibição das pesquisas sobre as substâncias proibidas, muitas delas com potencial medicinal e científico elevado.

Os parâmetros construídos pela medicina durante o período da proibição colocam o uso de drogas como potencial causador de dependência, vista como doença. A cura desta enfermidade é, portanto, o objetivo declarado de uma ciência médica que caminha de mãos dadas com a proibição e com o poderio político e econômico da indústria farmacêutica, que difunde e trabalha, cada vez mais, no horizonte perigoso de uma sociedade medicalizada em sua totalidade.

A experiência brasileira mostra que, além dos recursos serem predominantemente direcionados para a segurança pública como meio de combater as drogas, a oferta de atendimento aos usuários ainda não oferece ferramentas avançadas para lidar com o uso abusivo de substâncias legais e ilegais. A redução de riscos e danos, por exemplo, propõe tratar a questão através do diálogo com usuários e do respeito aos direitos humanos. Na política nacional para as drogas predomina a perspectiva da patologização do uso de drogas, e neste viés, doença se trata com remédio. Recentemente vimos que, além da medicalização do tratamento para usuários no Brasil, tem-se se optado por oferecer tratamento “espiritual” nas chamadas comunidades terapêuticas, uma metodologia italiana de tratamento de dependência na qual se oferecem conforto espiritual e trabalho para, supostamente, atacar a dependência.

A condição de miséria vista em alguns usuários é, equivocadamente, atribuída ao uso de drogas. Nas décadas de 1980 e 1990 a cola de sapateiro era considerada a causadora de violência entre crianças e adolescentes. Nos anos 2000 é o crack. Ver a miséria a partir do uso de drogas é confortável, mas irreal. O desemprego, a falta de políticas de habitação, educação, cultura e saúde sabidamente são os principais motivos estruturais da questão, na qual o uso problemático de drogas acaba sendo relacionado às condições de pobreza. Atribuir ao crack os impactos de dezenas de anos com a maior desigualdade entre países emergentes nos parece irracional (ou hipócrita).

E cabe apontar, também e sempre, que, da mesma forma como não são as drogas diferentes substâncias, de distintas trajetórias e culturas, cujos efeitos variam com seus muitos usos possíveis, mas que têm sido demonizadas e fetichizadas como causadoras de males sociais complexos, as responsáveis por conjunturas políticas e econômicas locais, nacionais e globais que levaram ao desolador cenário de desigualdade no Brasil, tampouco sua regulamentação é fórmula mágica para a solução desses problemas. O fim da proibição certamente atenuará a violência do crime e do Estado no país, assim como corrupção nos diferentes poderes, e poderá propiciar um melhor atendimento – público – aos dependentes, mas não resolverá questões que são frutos do entrelaçamento complexo de mais de 500 anos de história.

Apologia da paz

É diante dessa “hegemonia do cinismo” que se articula a indignação e o NÃO que movimenta o antiproibicionismo. Buscar alternativas à proibição não é uma tarefa apenas dos usuários de drogas. Contestar o proibicionismo não é defender ou fazer apologia ao uso destas substâncias, sejam elas lícitas ou ilícitas. Ao criar mecanismos que propiciam tanta violência, é a lei que faz apologia ao crime. Nossa apologia é pela paz.

Felizmente o horizonte de mudanças no que diz respeito à política de drogas no mundo é inegável. A avaliação de que a guerra às drogas fracassou (seja no suposto objetivo de diminuir o consumo, seja na ajuda ao tratamento do abuso do consumo de psicoativos) tem se feito cada vez mais presente, no âmbito nacional e internacional. O sucesso das políticas europeias pautadas por estratégias de redução de danos, aliado aos péssimos resultados concretos das intervenções estadunidenses na América Latina e às reprovações à guerra contra as drogas formuladas em conferências da ONU, levaram diversos países a reformar suas políticas de criminalização das drogas.

Setores conservadores, que já influíram em duras políticas repressivas e de encarceramento no tocante às drogas, hoje admitem publicamente o equívoco do proibicionismo e chegam a propor alternativas, porém sem nunca ir ao fundo do problema e questionar a proibição também em seu aspecto de controle social. Diante desse contexto, vemos a necessidade de marcar posição dentro do cada vez mais amplo espectro do chamado antiproibicionismo.

Defendemos que as alternativas sejam construídas através do diálogo entre os diversos setores da população, nunca de cima para baixo. Como integrantes de um movimento político, acreditamos que é a luta

social que deve pautar os ordenamentos jurídicos e legislativos, nunca o contrário. Diferentemente de setores que defendem mudanças limitadas – e que na verdade pouco mudam – enxergamos no antiproibicionismo um horizonte de alternativas que parte da crítica da criminalização dos pobres, do encarceramento e do assassinato desses setores da população sob a justificativa de combate às drogas. Por isso apontamos para a necessidade de uma emancipação social que preze a autonomia de cada um na escolha do que fazer com seu próprio corpo.

Não nos colocamos lado a lado, portanto, com propostas que apenas descriminalizem o usuário e mantenham a legitimidade da repressão aos supostos traficantes, pois vemos claramente qual o setor social que permanecerá penalizado. Nos diferenciamos também daqueles que ignoram que o uso de psicoativos é inerente à existência humana e que veem em qualquer usuário de drogas alguém que necessariamente precise de tratamento, num enfoque que retira a repressão da Justiça mas a transfere para o controle através do saber médico. Tampouco acreditamos em tratamento compulsório, pois entendemos que só no âmbito da autonomia e da liberdade é possível alterar consciências.

Sabemos dos sérios problemas causados pelo abuso do consumo de certas substâncias, hoje ilícitas, assim como sabemos dos mesmos, muitas vezes mais sérios, problemas no abuso de substâncias lícitas. A questão é que a repressão já se provou ineficaz para combater esses problemas, que devem ser discutidos em contextos distantes da criminalização e militarização.

Apesar do Coletivo DAR ter se formado, a priori, a partir da negativa do proibicionismo, nos colocamos também na negativa do sistema no qual estamos inseridos, incontestavelmente desumano, injusto, inaceitável. Dentro do antiproibicionismo não nos abstermos de ideais de transformação social. Ainda que nosso foco de atuação seja na luta pela legalização de todas as drogas, nos vemos dentro de um âmbito mais amplo de luta por outra sociedade, ao lado do movimento feminista, LGBTQI+, da luta antimanicomial, ambiental, por mobilidade, livre expressão e manifestação do pensamento e de tantos outros que estão resistindo.

Não queremos, portanto, um mundo injusto onde as drogas sejam justamente legalizadas, mas sim outro mundo onde, como dizem os zapatistas mexicanos, caibam muitos mundos. Assim, partindo da premissa de que temos um lado, pautamos nossa atuação cotidiana pela horizontalidade, pelas perguntas, pela busca da transformação e pelo combate ao autoritarismo e a todas as formas de opressão.

Somos um coletivo permanentemente aberto a novos membros e contribuições, organizado sem hierarquia ou ligação com grupos religiosos, empresas e partidos políticos. Nossa proposta é travar o debate com

a sociedade na busca por uma outra mentalidade. É também desnublar uma questão há tantos anos envolvida em argumentos moralistas e interesses econômicos. É desentorpecer a razão, para que, a partir daí, finalmente façamos uso dela na hora de organizar outro tipo de sociedade.

A proibição das drogas interessa aos oligopólios que transformam e distribuem tais substâncias, uma vez que dá margem aos imensos lucros inerentes a um comércio com tamanha demanda. Lucram também os policiais e governantes corruptos, que são parte da folha de pagamento do tráfico; aos interesses imperialistas dos Estados Unidos, presentes militarmente em diversas partes do globo supostamente para combater o tráfico de drogas; ao Estado, que a utiliza de maneira a segregar, encarcerar e mesmo assassinar setores excluídos da sociedade; ao setor financeiro internacional, sustentado por uma complexa rede de corrupção e lavagem de dinheiro; aos donos de clínicas e comunidades terapêuticas, à indústria farmacêutica e todos àqueles que lucram com a desinformação alheia.

Este mundo não interessa a nós, que buscamos uma sociedade mais justa e igualitária, livre de opressões e violência. Mundo no qual as pessoas sejam livres para decidir o seu destino e que possam fazê-lo com base na pluralidade e diversidade de opiniões, com respeito à diferença e à individualidade.



Subjetividade e uso de drogas¹

Abílio da Costa-Rosa

Professor Livre Docente do Departamento de Psicologia
Clínica da Faculdade Ciências e Letras da Unesp-Assis;
Psicanalista e Analista Institucional

O USO DE DROGAS tem adquirido proporções epidêmicas na sociedade brasileira, e suas consequências têm chamado a atenção da mídia e sensibilizado como nunca a opinião pública, a ponto de demover governos de sua velha inércia frente ao problema. As soluções aventadas e postas em prática ainda são bastante influenciadas pelo tom sensacionalista com que o assunto é tratado de modo geral. Misto de problema médico, questão de polícia e tema constante na agenda das “cruzadas moralistas” sempre de plantão, a questão torna-se altamente sensível a ações imediatistas de caráter profilático e redentor, quando não de tonalidade declaradamente eugênica.

Na modalidade das ações que nos interessa considerar neste trabalho, uma vez que uma parte importante desses usuários de drogas vai bater às portas das instituições de Saúde Pública, ainda não escapamos ao carcomido reducionismo psiquiátrico, que não vê melhor destino para esses usuários mais aguerridos ou simplesmente mais frágeis – por uma série de condições e fatores – do que os encerrar em instituições fechadas de todo o tipo, inclusive muitas de indisfarçável cunho místico-religioso. Ao mesmo tempo em que a loucura vai assumindo fisionomias mais familiares que não justificam seu isolamento social, eis que surgem prontos para a clausura manicomial os novos protagonistas. Ironia nada surpreendente para os leitores de Michel Foucault.

1 A base destas reflexões, modificada, foi objeto de artigo publicado na Revista de Psicologia da UNESP, 2010.

O tom alarmista motivado pelo uso do crack e seus efeitos devastadores sobre o organismo e o sujeito poupam ao discurso médico o trabalho de argumentos mais fundamentados que justifiquem o isolamento prolongado como base do tratamento, não só para esses usuários, mas também para todos, inclusive os alcoolistas. Faz-se crer que a simples desintoxicação é sinônima de tratamento, que basta voltar a lotar o espaço dos velhos hospitais psiquiátricos fechados, abrir novas instituições similares, para que o problema tenha a solução decretada. Reducionismo absurdo que pretende ignorar a complexidade do problema há bom tempo reconhecida. Ela vai muito além do sujeito usuário, embora este seja certamente o lado onde a corda arrebenta; além disso inclui importantíssimos aspectos psíquicos, sociais e ético-políticos.

Nunca é demais lembrar, sobretudo nessas horas que assumem ares de soar de trombetas, que temos no país uma política de saúde que inclui a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial. Esta assume a diretriz ético-política e teórico-técnica de superação do paradigma manicomial e seu sucedâneo, o “manicômio químico”, como meios exclusivos de tratamento do sofrimento psíquico e dos demais impasses subjetivos. O dispositivo maior da política de Atenção Psicossocial, encampada pelo Ministério da Saúde como política oficial para tratar o problema dos usos de drogas, é o CAPS-ad (Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e outras drogas). Essa instituição prevê realização da Atenção em espaço arquitetônico aberto e composição de saber e trabalho interprofissionais; contando com a retaguarda de “Enfermaria de curta permanência em Hospital Geral”, apenas para o período inicial de desintoxicação dos casos mais graves, nos quais isso não possa ser realizado em âmbito ambulatorial conforme preveem as próprias diretrizes e recomendações do Ministério da Saúde, expressas em documentos acessíveis a todos.

Neste trabalho pretendo introduzir algumas proposições e argumentos derivados da psicanálise, com o propósito de contribuir para a discussão do tema do uso das drogas na sociedade contemporânea e, em particular, por grupos de indivíduos sujeitos a condições socioculturais e subjetivas que podem implicar em maior vulnerabilidade para as diferentes formas de dependência. Nesta reflexão sobre alguns aspectos sociais, clínicos e éticos de um tema tão amplo e complexo, vou utilizar uma metáfora do teatro para introduzir três pontos fundamentais de uma possível contribuição psicanalítica para a abordagem do tema: *o cenário e as luzes*, para falar do contexto sociocultural e subjetivo; *os personagens*, para analisar alguns fenômenos novos do uso de drogas já constituídos; *enredos e tramas*, para abordar a discussão de algumas questões clínicas, éticas e culturais.

Convido o leitor a entrar na cena do pensamento e a jogar como participante ativo, em audição e escuta, como num exercício dramático.

I. O cenário e algumas luzes

Nosso primeiro vislumbre é para a psicanálise e a ciência, mais especificamente a tecnociência (OLIVEIRA, 2006), como dois campos de saber bem distintos que se debruçam na análise da questão. Na ciência, predomina o desejo de sutura do sujeito, redução do corpo ao organismo; na psicanálise, o desejo de soltura, de abertura ao sujeito e à subjetividade. É preciso distinguir o cidadão do sujeito propriamente dito; este, digamos, o indivíduo somado ao sentido inconsciente de sua existência. Sem o vislumbre da possibilidade de dar passagem para o sujeito não há saída possível para o cidadão quando se trata do corpo a corpo com esses “gadgets maravilhosos” que são as drogas, em suas variedades exuberantes.

A psicanálise toma como referência esse sujeito (dimensão sujeito no indivíduo) excluído, rejeito da ciência, em duas vertentes: sujeito do inconsciente e *objeto a* como condensador de gozo – dimensão pulsional do sujeito. Um aspecto importante da dimensão pulsional do indivíduo é conceituado pela psicanálise como “mais-gozar” – um gozo que se goza na dissipação – uma espécie de homólogo da “mais valia” considerada no campo da análise política realizada por Marx.

Privilegiar a dimensão do *objeto*, isto é, do gozo na análise do uso de drogas, permitirá demonstrar que seus efeitos podem ser requisitados pelo próprio sujeito como resposta ao insuportável da divisão subjetiva, ou seja, ao próprio fato de que somos entes de gozo e sentido inconsciente. O sujeito humano precisa constituir sua entrada no “campo humano”, e só o faz pela mão de um semelhante falante. Essa necessária imersão na linguagem durante o processo de sua constituição subjetiva implica a simultânea produção de um corpo gozante, muito além do organismo. A condição de sujeito da linguagem, dividido entre o gozo e o sentido inconsciente, faz com que o gozo pulsional e o próprio corpo nunca sejam percebidos como inteiramente coincidentes.

Entretanto, flagramos no sujeito, com certa frequência, a nostalgia de uma coincidência mítica entre gozo e corpo. É essa nostalgia que se manifesta na fala de um ilustre representante da ciência psiquiátrica em nosso meio, veiculada pela mídia, ao afirmar que, com a ingestão de medicamentos psicotrópicos, os sujeitos felizes podem ser ainda mais felizes. Como se os avanços da química permitissem a eliminação dessa diferença radical. Absurdo, lógico! Absurdo lógico.

Lacan propõe a consideração de inflexões no “mais-gozar” derivadas dos efeitos da ciência na formação social e nos processos de subjetivação.

As incidências do progresso científico introduzem profundas modificações na relação da medicina com o corpo, que passa a ser purificado de toda a relação erudita ética com que era tratado antes de Bichat (FOUCAULT, 1997). Essa subtração reduz o corpo à máquina cartesiana (SANTIAGO, 2001), espécie de substância bidimensional, da qual a própria dimensão do gozo é subtraída junto com a da subjetividade.

Para a psiquiatria (ciência médica), a referência continua sendo o corpo morto, herança de Bichat, não é sem motivo sua atração secular pelas dissecações de cérebros cadáveres, que a tecnologia atual substituiu. Mesmo vivo, o corpo não vai muito além de um organismo maquinizado que se presta à função de “objeto de saber” e ação, *res extensa* (as neurociências são a última flor dessa atitude epistemológica e ética).

Para a psicanálise, trata-se de um corpo vivo, além do organismo – no qual prevalece a dimensão de uma substância incomum, substância de gozo, “*res gozante*”. Não há corpo propriamente dito sem a passagem do organismo pela linguagem e seus efeitos. O corpo supõe a (in)corpo(ração) simbólica, que pressupõe o sujeito, que precede seu corpo; e este só se forma a partir da ocasião de sua constituição como sujeito da linguagem e da cultura, isto é, sujeito de um inconsciente. Daí resulta um acoplamento obrigatório do organismo e do indivíduo, por mais sofisticados em sua concepção: a dimensão de um “sujeito de saber”, de saber sobre si mesmo, que jamais poderá ser posto fora da equação, sob pena de grave atentado ético-político contra sua “integralidade”, a começar pela saúde.

Esse ente tridimensional deve ser o ponto de partida da análise e da ação junto aos sujeitos, usuários de drogas que buscam ajuda nas instituições de saúde. As contribuições da psicanálise do campo de Freud e Lacan, entre outras, podem ser bastante úteis.

Outras considerações da psicanálise sobre a ciência também ajudam a compreender outros aspectos do uso de drogas em suas feições contemporâneas. Tais feições podem ser vistas como um efeito, entre outros, que a ciência produz na sociedade (SANTIAGO, 2001). Embora nisso a ciência (tecnociência) apenas siga o cortejo do Modo Capitalista de Produção (MCP) em sua feição neoliberal ou consumista hipermoderna.

A ciência não pode ser compreendida apenas como um dispositivo para permitir conhecer melhor o que há no mundo. Ela de fato faz aparecer novos objetos. E entre estes, alguns dos quais antes não se tinha a menor ideia. Objetos para consumir, candidatos sérios a rebotalhos da civilização. Já se disse que somos a sociedade do lixo, inclusive tóxico (BAUMAN, 1999).

A tecnociência produz *gadgets* (objetos engenhosos, divertidos, sem utilidade, feitos só para gozar): toda a espécie de instrumentos utilitários, no que pese sua definição geral. Na produção desse utilitarismo, conta-se

muito com a ajuda dos enunciados publicitários, cuja retórica, via de regra, apresenta esses “produtos” como a promessa de recuperação dos meios da satisfação pulsional, nostálgica e miticamente perdida para o sujeito, principalmente em situações de maior ou menor angústia e mal-estar.

Essa promessa de felicidade, que pode ser momentaneamente cumprida no plano pulsional, é essencial para que eles se prestem a ser suportes fundamentais de “valor-de-troca”, isto é, de extração de valor na esfera econômica e política. “A característica mais singular dos *gadgets* é que o sujeito se liga a eles; até mesmo agarra-se e fixa-se neles” (SANTO TIAGO, 2001, p. 151).

Na sociedade contemporânea, foi se construindo um nexo fundamental entre esses objetos e o gozo do corpo. Finalmente, mas já há bastante tempo, chegamos ao “admirável mundo novo”. Isto é, já passamos a época dos “valores de troca” como suportes do “valor de uso”, vetores de realização da mais-valia pela via direta do trabalho. Na sociedade dita neoliberal globalizada de consumo, este vem de preferência associado aos objetos típicos da tecnociência: *gadgets*, latusas, como Lacan (1982) os nomeia; feitos só para o gozo do corpo, lenitivos estupefacientes, e nessa medida veículos de realização de valor a mais (para o capital), agregado pelo saber da tecnociência e pelas máquinas comuns.

Melman (1992) foi um dos primeiros a falar do toxicômano como pioneiro na descoberta desse objeto fabuloso que a sociedade de consumo tão freneticamente procura, objeto capaz de satisfazer desejo e necessidade, e de exigir renovação automática e constante.

O *gadget* não serve para mais nada a não ser para gozar. O consumo consolidou seu lugar de novo *ethos* do sujeito na sociedade do modo capitalista de produção globalizado. Eis a sagacidade com que este e seu braço armado, a tecnociência, souberam ler a especificidade não mais apenas do indivíduo liberal e daquilo que o caracteriza como *ex-sistência* – existência no campo do sentido – mas das novas figuras do mal-estar da civilização. Nas novas condições do mal-estar, o indivíduo está sempre pronto a se abrir, diante do maior ou menor grau do insuportável do cotidiano, para demandas variadas de tamponamento (SANTO TIAGO, 2001). Então, o sentido regride ao corpo fazendo com que todos esses objetos possam vir se alojar como próteses perfeitamente acopladas às necessidades do corpo.

Há “objetos”, porém, que não se deixam moldar assim aos ditames do imaginário e logo cobram, na forma de uma avidez sem medidas, o preço pelo aparente tamponamento das angústias decorrentes do mal-estar na civilização: redobramento da angústia, reinício do ciclo dos tamponamentos, falência do corpo.

Certamente que apenas as condições de estrutura subjetiva, embora históricas, portanto conjunturais em sua constituição para cada sujeito particular, não seriam suficientes para produzir as principais figuras contemporâneas desse alojamento do objeto no corpo: toxicomania, alcoolismo, “alcoolistas drogaditos”, medicalização de todos os impasses subjetivos, consumismo, “viciados no azar”, e os diversos tipos de uso chamados simplesmente de abusivos. Já assinalamos as mudanças importantes produzidas pela ciência na cultura e na subjetividade.

Mas, para compreender melhor esse empuxo dos sujeitos ao gozo do corpo sem mediação imaginário-simbólica, é necessário considerar ainda algumas mudanças decorrentes das transformações na própria estrutura da formação social.

Essas transformações devem ser notadas ao menos em dois âmbitos distintos da formação social: no que tange ao poder simbolizante dos seus ideais de estatuto imaginário (esses ideais sempre foram de estatuto imaginário, portanto nesse aspecto a mudança consiste em que cada vez menos gente crê nos ideais da formação social dita liberal); e transformações no que tange ao desvelamento da “lei do mercado” como regulador das relações sociais, em seu aspecto encarnizado, sobretudo após a década de 1970.

No modo capitalista de produção, a regulação social se dá por crise e catástrofe, no espaço da circulação das mercadorias, entre elas o trabalho (metonímia do sujeito trabalhador). Mas a sociedade liberal, de certo modo, pode ser definida como tentativa deliberada por constrangimentos à “lei do mercado” (encarnação maior de uma relação sem mediação simbólica). O neoliberalismo, por sua vez, é a derrota fragorosa de todo o cerceamento à “lei do mercado”. Tendo como reguladoras a crise e a catástrofe, as relações entre os homens desvelam como nunca uma face mortífera. Para abreviar, a tese aqui é que a relação do sujeito com a droga, no modo de uso denominado toxicomania, é capaz de ilustrar perfeitamente bem esse caráter mortífero da relação social, para um número crescente de indivíduos, sendo-lhe homóloga em estrutura. Então, a toxicomania e, de outro modo, o próprio uso de drogas assumem contornos de uma nova forma de mais-gozar (extração de gozo do corpo) em que se combinam, potencializando-se, as transformações produzidas pelos efeitos da ciência, e as transformações da própria estrutura sócio-simbólica da formação social.

As diferentes transformações se superpõem e sobremodalizam: a quebra do poder simbolizante dos ideais imaginários do liberalismo, o desvelamento do caráter real da “lei do mercado” como reguladora das relações sociais, e transformações introduzidas no real pela própria tec-

nociência como produtora de *gadgets*. Numa sociedade de consumo, ou seja de fartura da oferta de *gadgets*, fica fácil o recurso ao uso de drogas instalar-se como “um substituto artificial das formas usuais de sintoma” (SANTIAGO, 2001, p. 151).

Claro que essas considerações deverão ser matizadas para a análise das diversas modalidades de uso de drogas: extenso, abusivo, toxicômano, mesmo para os diversos tipos de objeto; uma coisa são os psicotrópicos e todos os tipos de estupefacientes, outra são os produtos dos shoppings.

O recurso ao *gadget* se generalizou como forma de expansão da própria economia de mercado na sociedade de consumo. Mas certamente devemos sublinhar o fato de que todas as formas do *phármakon* só tenham podido assumir estatuto de incidência radical após ter-se instalado na formação social a configuração definitiva de uma “sociedade do objeto”, ou seja, do gozo (LAURENT, 2007), e também dos objetos, cujo laço social Lacan designou como Discurso do Capitalista (1992). Isso nos deixa a todos um pouco perversos, isto é, inclinados a gozar sem a intermediação do sentido, sem pagar o preço de “limites reguladores”, uma espécie de conceito do impossível – impossível de fazer Um com o Outro (MELMAN, 1992); a isso Freud nomeou: fazer o objeto regredir topicamente à necessidade; fenômeno que, para o homem, não ocorre sem radicais consequências subjetivas.

Até aqui pudemos apurar três aspectos principais relacionados à intensificação do uso de drogas pelos indivíduos isolados na sociedade contemporânea.

Remediar os efeitos dolorosos da divisão subjetiva, em contingências insuportáveis que a própria dor de existir pode assumir; os efeitos manifestos na própria insuficiência da satisfação do sintoma quanto à sua funcionalidade – a droga entra aí como remédio ilusório fornecido pela ciência (LAURENT, 2004), um complemento de ser, prótese de ordem imaginária de efeitos imediatos e momentâneos obtidos pelo gozo extraído do próprio corpo.

Transformações do mal-estar vindas de mudanças produzidas pela ciência associada ao Modo Capitalista de Produção, introduzindo uma série de objetos feitos para o consumo predatório e para o gozo do corpo.

Finalmente um acirramento do mal-estar advindo de perturbações na estrutura sociossimbólica da formação social produzidas pelos efeitos de desvelamento da “lei de mercado” e suas incidências diretas na subjetivação.

A toxicomania é a figura por excelência do uso de drogas, e a cocaína, depois o crack, são os meios mais comuns para chegar até ela. O objeto assume as feições do produto e tem potência de *curto-circuitar* o Outro (como campo do simbólico). A químera oferecida por essa forma de toxi-

comania é gozar diretamente no corpo sem pagar o tributo exigido pela intermediação simbólica necessária à entrada do homem na cultura e à sua existência nela. Trata-se desta vez, portanto, de um gozo que se quer absolutamente real, visando à impossível coincidência sujeito-objeto; negação radical de tudo que é cessível na relação do homem com os objetos de desejo. Não é casual, portanto, que o toxicômano nos apareça silencioso quanto aos ideais e solitário no exercício de um gozo que não tem por que dizer a que veio, até levá-lo à morte.

É preciso deixar registrado, embora não seja nosso foco neste trabalho, que esse cenário não pode deixar de incluir, além dos fatores estruturais relacionados à vulnerabilidade subjetiva, a consideração da realidade socioeconômica. Pois é ainda nos bolsões de miséria econômica, associada à degradação, decorrente de anteriores padrões culturais e subjetivos, que a toxicomania apresenta sua face mais desconcertante. Circunstância paradoxal, uma vez que, ao mesmo tempo, é como se a toxicomania aí se travestisse de miséria social, escondendo suas faces mais perenes e justificando “medidas de última hora”. Além disso, a contextualização adequada do nosso problema exige referência explícita ao fato inequívoco de que a distribuição das drogas chegou a tão extremo paroxismo de capilarização social que não esquece nem ao menos os camponeses e as populações periféricas das cidades interioranas. De resto todos conhecemos os efeitos da exacerbada receitação médica de psicotrópicos, dando origem a novas versões da “medicalização do social” com todos os ares de toxicomania receita; aqui a tecnociência opera como um distribuidor poderoso.

Já temos elementos suficientes para colocar uma luz na diferenciação das modalidades de uso de drogas: estas vão da situação do usuário habitual até o toxicômano, passando pelos usuários ditos abusivos. Uma característica fundamental do toxicômano é que, em consequência do próprio uso, ele criou uma importante mutação no gozo. De barreira para mitigar a angústia decorrente da própria insuficiência do sintoma, ou mesmo como exercício dos prodígios de prazer que tal gozo lhe descortinou para a evitação da própria falta-a-ser característica do ser falante (como ser de desejo), o indivíduo passou ao uso da droga para se livrar da angústia atroz conhecida e experimentada nos períodos de abstinência. Agora a identificação com o objeto remete ao *objeto a* em sua dimensão de “cessível”; estatelado pela angústia de rebotalho, revelada nos períodos de abstinência, o sujeito se vê obrigado a reconhecer sua posição particular de objeto caído diante do desejo do Outro. O gozo característico dessa última circunstância especifica a condição dos diferentes indivíduos a que se pode conceituar como toxicômanos.

II Velhos e novos atores

Podemos encontrar três figuras bem delimitadas no cenário contemporâneo do uso de drogas: os alcoolistas e seus frateros (“alcoolistas drogaditos”), os “medicalizados”, e os toxicômanos, figura que assume seu zênite na era consumista do Modo Capitalista de Produção. A maneira como se deixam afeiçoar ao gozo da droga nos autoriza a aplicar-lhes a fórmula clássica da erotomania, com a diferença fundamental de que agora o Outro é um produto: um objeto, mas não um objeto qualquer, um objeto que é invólucro de *Das ding*, a Ciosa gozosa inacessível.

Os diferentes modos de incidência da droga, necessariamente nos processos de subjetivação secundária, são dependentes das particularidades de estrutura primária de subjetivação de cada indivíduo; desde circunstâncias sociais em que cada um pode constituir-se como sujeito, até as modalidades diferenciais do processo de constituição do sujeito, ou seja, constituição pelo processo de recalçamento (*verdrangung*), chamado campo das neuroses; renegação (*verleugnung*), o campo das ditas perversões; e forclusão (*verwerfung*), o campo das psicoses, conforme as hipóteses da psicanálise do campo freudiano e lacaniano. Mesmo considerando necessária a referência à condição de estrutura de cada indivíduo, é preciso dizer que a maioria das drogas, pela sua característica de propiciação de um gozo que é experimentado como reencontro de um gozo mítico de caráter total, põe ao alcance de todos nós a oportunidade de nos tornarmos toxicômanos (um objeto ironicamente “democrático”). Mas a clínica e mesmo a experiência cotidiana mostram diferenças muito relevantes entre os vários tipos de toxicomania, tanto nos seus impactos na subjetividade e na qualidade de vida dos indivíduos, quanto nos seus desdobramentos para a duração da vida, ou mesmo para a possibilidade de uma saída quando ela é demandada.

As duas primeiras figuras do usuário de drogas (alcoolistas e seus frateros) ainda podem ser situadas ao redor da insatisfação comum a todos nós, mesmo que acentuada num conjunto cada vez maior de indivíduos na chamada sociedade consumista, pelas razões estruturais e conjunturais a que acabamos de aludir.

1. Alcoolistas e “alcoolistas drogaditos”

Podemos dizer que o agravamento do mal-estar na sociedade contemporânea e seus modos de lidar com ele potencializam a “dor de existir” inerente à condição de sujeito deixando-se de ver nela a causa do desejo ou mesmo seus impasses e passando a tratá-la como um mal a ser

removido pelos meios à disposição. Ora, o álcool parece ser a droga de preferência inicial de um conjunto importante de indivíduos. Seus efeitos de tamponamento de angústias e depressões, aparentemente inofensivos, de início, com o tempo cobram um alto preço sentido nos efeitos de degradação corporal. No tratamento desses “inconvenientes”, passado geralmente muito tempo, o sujeito recorre à internação psiquiátrica ou aos modernos meios oferecidos pela ciência, os psicofármacos. Porém, estão sendo agregadas às políticas públicas novos dispositivos do saber oficial, os CAPS-ad, que são cada vez mais procurados.

Neste ponto, é oportuno assinalar que as referências designadas acima como pano de fundo são imprescindíveis para as estratégias interprofissionais que devem ser organizadas a partir dos Centros de Atenção Psicossocial, para as problemáticas decorrentes do uso do álcool e outras drogas (CAPS-ad), dispositivo oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) para Atenção a essa problemática.

As observações clínicas, e mesmo da vida cotidiana, indicam que temos hoje um grande e crescente contingente de “misturadores de álcool e outras drogas”, que pode ser incluído no perfil subjetivo, psíquico, e nas condições sociais mais comuns aos alcoolistas. As razões também são de ordem complexa, mas delas não se pode excluir a presença maciça de drogas proibidas nos mesmos âmbitos onde classicamente se encontrava apenas o álcool.

Dependendo das drogas incluídas nesse coquetel, esses indivíduos também podem chegar a uma relação propriamente dependente com o objeto/produto, apresentando os mesmos efeitos imediatos, não apenas do alcoolismo, mas também da toxicomania. Com o passar do tempo, tende a prevalecer a toxicomania, mas não de forma linear. Do mesmo modo que os alcoolistas, com o agravamento da angústia nos intervalos de uso, e pelos abalos produzidos no patrimônio fálico (família, trabalho, corpo), estes sujeitos também podem aderir a diferentes tipos de abstinência oferecidos pelo meio aos alcoolistas e aos toxicômanos (os “narcóticos anônimos” são uma versão em espelho dos “alcoólicos anônimos”). Os “alcoolistas drogaditos” comumente recorrem aos Narcóticos Anônimos (NA), guiados pela lógica do produto, que rege até mesmo muitas das ofertas de ajuda, sejam leigas, místico-religiosas ou mesmo fundadas no saber da Ciência. De passagem, vale assinalar que não é sem grandes consequências essa indistinção entre as características subjetivas dos “misturadores” e dos toxicômanos, sobretudo para as políticas públicas e para as abordagens não leigas das problemáticas advindas desse tipo de uso.

2. Medicalizados: “consumidores consumidos”

Talvez possamos afirmar que o conjunto dos sujeitos simplesmente referidos como “usuários de drogas” é o mais amplo. Destacamos para nosso interesse imediato os chamados medicalizados, incluindo os automedicalizados. Sem preocupações no momento, consideramos medicalizados todos os indivíduos incluídos num uso *a priori* e mesmo indiscriminado de drogas vindas da indústria farmacêutica e receitadas para todo o tipo de sofrimentos e impasses psíquicos. São aqueles indivíduos que, a princípio, recorrem a remédios lícitos receitados ou não, geralmente por razões do tipo daquelas anteriormente referidas como “insatisfação da solução usual do sintoma”, mal-estares em geral que a psiquiatria não hesita em catalogar como “novas patologias”.

O agravamento do mal-estar na sociedade de consumo e da tecnociência faz com que a droga, fármaco exclusivamente benigno, assuma oficialmente o papel de substituto artificial da função do próprio sintoma (equilíbrio psíquico) e passe a ser utilizada como pedra de toque a um só tempo da economia libidinal e da economia política.

Esse modo de procurar suprimir os estímulos da dor psíquica com a agregação de outros estímulos de natureza química faz com que a droga imediatamente extrapole os pretendidos efeitos terapêuticos. Prevalece sua característica de produto da ciência, verdadeira máquina de exploração do gozo do corpo (LAURENT, 2004). Exploração deve remeter aqui a dois sentidos: descobrir/encobrir novos modos de gozo do corpo e veicular valores de troca, via exploração do corpo do consumidor e não mais apenas do trabalhador. Um grupo cada vez maior de “usuários de drogas” tem descoberto este prodígio dos psicofármacos em explorar o gozo do corpo e “aprenderam” a explorar ilicitamente um grupo importante de drogas lícitas.

Na ação medicamentosa contemporânea, o fármaco põe em destaque sua característica de artefato. Suprimindo um gozo (angustioso) com outro gozo (o do corpo), que visa manter o equilíbrio narcísico e a funcionalidade social do sintoma, ela também pode levar ao gozo do pior, à angústia paroxística, geralmente em estruturas psíquicas de sujeitos constituídos por Recalcamento (*verdrängung*).

3. Toxicômanos: um caso singular de relação com o “objeto”

Ao falarem de seu primeiro encontro com o “gozo da droga”, esses indivíduos dão conta de que para eles essa experiência tem um valor de reen-

contro subjetivo de um gozo mítico. Essa vivência se eleva a tal importância para as coordenadas subjetivas que parece marcá-los para sempre, a ponto de desenvolverem um verdadeiro empuxo à droga. Como se houvesse o desvelamento de “traços de gozo” até então ocultos para o indivíduo.

Esse empuxo parece ter características homólogas às da erotomania que caracteriza certas experiências na psicose: o objeto me ama para gozar de meu corpo. Há, entretanto, uma diferença fundamental no caso do toxicômano. Para ele não se trata do processo de barrar o gozo do Outro, vivido sob a forma de angústia encarniçada que presenciamos na crise psicótica. Trata-se, ao contrário, de precipitar-se cada vez mais na busca desse gozo encarniçado que a teoria nomeia gozo do Outro, ou simplesmente gozo do corpo (o corpo é sempre outro em relação ao sujeito), a ponto de desenvolver uma compulsão à repetição dessas experiências de gozo, que é o caminho mais curto para o encontro da angústia impossível de suportar que caracteriza essa forma de gozar: a verdadeira angústia que passa a ser experimentada nos intervalos de uso, quando se está toxicômano (viciado). Essa angústia move o indivíduo para a droga com tal automatismo e voracidade que fica inequivocamente desvelado o comando do objeto sobre o sujeito (não apenas o objeto droga em questão, mas a própria angústia correspondente ao caráter cessível do *objeto* figurada por Lacan, 2005, no mais-gozar como uma das figuras do *objeto a*).

A convicção e afeição extremas desses indivíduos ao gozo, com total indiferença pela manutenção da vida, é o traço mais característico da toxicomania propriamente dita. Na sua rota de abolição, ele já não precisa de mais nada, pois descobriu o *agálma*, objeto precioso por excelência, capaz de suprir, a um só tempo, a necessidade, a demanda e o desejo (LACAN, 1988).

Para explicar esta modalidade de gozo na relação com um objeto, a teoria psicanalítica fala em singulares condições de estrutura, dadas a partir da conjuntura de subjetivação primária, nesses indivíduos: “... há traços, *Zugen*, que não sofreram tradução para *Spur* (traços de significante), permanecendo como pontos de gozo, memória de gozo... a partir de um acontecimento, ou acidente que promoveu a fixação e que ‘foram mantidos com o propósito de satisfação autoerótica’” (LIMA, 1998). São esses traços de gozo que se desvelam por ocasião de um acontecimento radical como, por exemplo, o encontro com certas drogas em circunstâncias determinadas.

A demonstração de afeição maior ao objeto e ao gozo dele extraído, em detrimento da própria vida, nos obriga a ver no toxicômano uma espécie de demonstração ética. A seu modo, esses sujeitos aparecem como objetores radicais ao gozo que caracteriza a sociedade de consumo hipermoderna, não irônicos ou cínicos como Diógenes, mas verdadeiros trágicos como Antígona. Enquanto em Diógenes víamos a demonstração

lógica do pretenso equívoco da filosofia de Sócrates, ou seja, o Bem estaria na relação ascética com o corpo e não na depuração do corpo pelo conhecimento (SANTIAGO, 2001); no toxicômano a demonstração não é de ordem lógica, mas se dá como passagem ao ato.

Tendo desertado o próprio sujeito, sobra o corpo precipitado numa rota de abolição em direção a um gozo que finalmente o consome. Pode-se ver aí uma clara demonstração de ordem ética. Denúncia da ética de uma sociedade que aposta no gozo do objeto como solução para o desejo, na afirmação ética de um utilitarismo cego, corolário de uma economia que faz da extração de gozo sua causa. O toxicômano nos fornece a demonstração em ato de um consumo tão renitente que por fim “se consome”. Seu ato de imolação trágica do próprio corpo aparece como afirmação hiperbólica de traços homólogos aos do consumo predatório, presentes no corpo do próprio planeta. Traços que a ideologia dominante e o discurso comum ainda insistem em apenas dramatizar.

Em síntese, pode-se dizer que há uma homologia entre a forma de extração de gozo, que caracteriza a toxicomania, e a forma de extração de valor/gozo, que caracteriza a sociedade de consumo. Formas que a toxicomania desvela, adicionando a visibilidade proveniente da radicalidade do ato trágico, que fica velada no âmbito dos acontecimentos da formação social, ainda que sejam aí cada vez mais indistigáveis os efeitos da regência pela “lei do mercado”, com destaque para os efeitos da sua razão predatória. Na toxicomania, a opção pela dimensão de gozo do *objeto*, em detrimento da sua dimensão de objeto do desejo, significa deixar cair no compartimento dos dejetos produzidos nesse laço social de produção e consumo (sociedade do lixo), o próprio desejo – considerado a essência do homem desde Espinosa.

Isso, entretanto, não nos impede de ver que, no horizonte de seu ato, nosso sujeito objetor expressa um absoluto silêncio ideológico. Sua demonstração ética dá-se como que à sua revelia. Seu gozo, como parasita do corpo, chega a consumi-lo, num ritual absolutamente autístico, totalmente às margens de quaisquer valores sociais vigentes. Ao mesmo tempo seu ato radical o coloca fora do alcance de quaisquer retóricas ou políticas de inclusão; ele é a denúncia viva da dualidade mortífera que organiza a forma de gozo característica da formação social em sua era dita neoliberal. Parece que a presença desse usuário de drogas decidido e renitente obriga as Políticas Públicas (ou Políticas de Estado?) a desvelarem sua face cínica, expressa na criação de programas de “redução de danos”. Assumirão desse modo que o dano essencial está feito e que é esse o preço a ser pago por se sustentar essa forma societária?

III. Um pouco de enredos e tramas

1. Objeções ao laço social capitalista

Os alcoolistas também fazem um protesto velado, uma demonstração pelo imaginário: congregam-se numa “fraternidade de doadores” contra um Outro vampiro (em que realizam transfusões de hora e heroísmo por suportar mais um dia a seco). Seu gozo protético só chega à morte como demonstração do limite do gozo do corpo, por acidente ou por inércia; não se vê neles a atitude decidida dos toxicômanos.

Quando eles tomam a via da “mistura”, isto é, dos “alcoolistas drogaditos”, a situação pode se tornar mais complexa. Aqui os estudos e reflexões ainda precisam avançar. Penderão eles, ao final, para o lado dos alcoolistas, dos toxicômanos, ou dos medicalizados? Essa última circunstância parece muito evidente para um grupo de indivíduos que parecem explorar a função fármaco das drogas, enquanto fazem, das instituições oficiais que lhes são oferecidas como espaço de tratamento, um abrigo transitório, no qual aproveitam para “higienizar” o corpo para uma nova etapa de gozo. “Muito provavelmente os sujeitos só voltarão a procurar a instituição quando as condições de vida se tornarem, de novo, insuportáveis; o que recairá num novo pedido de internação, fechando, assim, o ciclo intoxicação – internação-abstinência – intoxicação” (SANTOS e COSTA ROSA, 2007, p.500).

Os toxicômanos são os verdadeiros trágicos contemporâneos. Como Antígonas modernas fazem sua demonstração em ato, pondo em evidência que a morte do corpo é o limite desse consumo infinito, que se consome. Estes fazem sua demonstração em ato trágico daquilo a que conduz o gozo de um objeto que assume o comando do sujeito. Marx foi o primeiro a falar de uma sociedade de mercadorias que conduz seus produtores. É essa mesma sociedade que encontramos sob a transfiguração do consumismo globalizado neoliberal. Essa particularidade do objeto de consumo, *gadget* e simultaneamente produto da ciência e da indústria, conduz não mais apenas ao mercado, mas a uma modalidade de relação com o desejo, que se vê transmutado em gozo do corpo. E por tratar-se de corpo, e não apenas de organismo, daí necessariamente não se excluem importantes ressonâncias subjetivas.

Os medicalizados parecem constituir a figura mais ou menos comportada do rebanho. Exército de insatisfeitos (espécie de nova figura do exército de reserva, reserva de consumidores), incapazes de fazerem de seu “mais-gozar” mais do que a própria matéria prima posta à disposição do capital em suas feições hipermodernas. É evidente, por outro lado,

que eles não constituem uma massa indistinta e inerte. O esclarecimento de suas particularidades é fundamental para análise crítica e o manejo do tema da medicalização, bem como para as ações de confronto.

2. Tratamentos e curas

De que se trata? De que se cura? De que *secura* se trata?

Se foi possível demonstrar algo da densidade daquilo que está em jogo no uso de drogas, creio que já valeu a pena realizar este ensaio.

Porque não exercitar mais resolutamente formas de “tratamento” que não partam da premissa da abstinência *a priori*?

A escuta analítica, aliada à inserção do sujeito nas ações de uma rede intersetorial, apoiada no recurso da medicação como suporte para a reconstrução de suas redes pessoais, pode ser uma boa estratégia para sujeitos que demandam resoluta ou ambigualmente uma saída. Atuar baseado na crença de que extraindo a droga como se extrai o mal o sujeito voltaria ao gozo “normal”, isto é, ao gozo mediado pelo significante no gradiente dos valores sociais vigentes, não passa de quimera. É mais do que sabido – aliás, demonstração imediata perfeita que nossos empiristas, não se sabe o porquê, insistem em não registrar – que a abstinência forçada, equivalente subjetivo de um desmame, acentua a avidez pelo gozo do corpo. Efeito absolutamente reverso ao pretendido explicitamente nesse modo de tratamento.

“Finalmente não podemos deixar de mencionar algo que também permeou nossas considerações teóricas iniciais e foi levado em conta no momento da pesquisa. A toxicomania, ainda mais do que as outras problemáticas psíquicas, mantém um certo caráter de objeção aos rumos assumidos pela formação social em sua feição neoliberal globalizada (MELMAN, 1992). Não se poderia pretender jamais esgotar tal caráter, em qualquer modalidade de ação setorial ou intersetorial, por melhor arquitetada e politicamente correta que ela fosse” (SANTOS & COSTA ROSA, 2007, p.502). Há uma dimensão fundamental do uso de drogas que é produzida pela própria forma societária em que esse uso emerge. É, afinal, o que faz desse uso uma fisionomia do Sintoma Social Dominante (MELMAN, 1992). E um sintoma social dominante se define, não por sua predominância em relação a outras formas sintomáticas, mas pela homologia de sua estrutura em relação à estrutura da formação social em que ocorre. Ora, tanto na “lei do mercado” como reguladora das relações sociais (fundamentalmente relações entre capital e trabalho ou trabalhador/consumidor), quanto na “lei” de um gozo infinito no plano da subjetividade, encontramos a mesma determinação intrínseca, “... um par mortífero onde o que é claramente buscado de um no outro é a morte juntos” (Idem, p.68).

Referências Bibliográficas

- BAUMAN, Z. *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BENTES, L. & Gomes, R. F (Org.). *O brilho da felicidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- LACAN, J. *O Seminário, livro 07. A ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- _____. *O Seminário, livro 10. A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- _____. *O Seminário, livro 17. O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- _____. *O Seminário, livro 20. Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.
- LAURENT, E. *A sociedade do Sintoma. A psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.
- _____. *Como engolir a pílula? Em Miller, J-A. (org) Em Ornitar? nº 1*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- LIMA, S. R. *Uma passagem clandestina*. In Bentes, L. & Gomes, R. F (Org.). *O brilho da Felicidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.
- MELMAM, C. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta, 1992.
- OLIVEIRA, M. B. Desmercantilizar a técnica. Em Santos, B. S (org). *Conhecimento prudente para uma vida decente*. São Paulo: Cortez, 2006.
- Santiago, J. *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- SANTOS, C. E. & Costa-Rosa, A. *A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos*. Estudos de Psicologia, Campinas, vol.27, Número 4, outubro/dezembro, 2007, p.485-502.



Políticas públicas sobre drogas: situação atual, desafios e perspectivas

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Enfermeira; professora livre-docente da Escola de Enfermagem da USP. Foi coordenadora da Área Técnica da Pessoa Usuária de Álcool e outras Drogas da Secretaria de Estado e da Saúde de São Paulo.

O GRANDE DESAFIO PARA PENSARMOS QUALQUER POLÍTICA, seja ela federal, estadual ou municipal é, sem dúvida, a incorporação do conceito de globalização do consumo. Existem ações isoladas por parte de alguns estados, mas a política em si construída é pautada na política ministerial e esse desafio, o da globalização, não está posto em nenhum momento.

As críticas que faço à política ministerial e à minha própria, a estadual, é que a globalização do consumo é algo que não conseguimos incorporar, porque consumimos sapatos, comida, carro do ano, dentre todos os da moda, como a internet, por exemplo.

A lei 10.216 de 6 de abril de 2001 é a que regulamenta o modelo assistencial à saúde mental no Brasil. Porém, há interpretações para o bem e para o mal. Sobre a portaria 816 de 2002, é importante lembrar que o Ministério, ainda em 2001, prepara um grande seminário, porque até então tínhamos políticas isoladas e não sistematizadas em relação ao álcool e outras drogas. Era mais intensamente no álcool, que ainda é o maior problema mundial. A síndrome alcoólica fetal hoje é um dos pontos importantes para nós, que pensamos em Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma população preocupante que atualmente não chega ao SUS e foge das nossas mãos é a população dos usuários recreativos, ou seja, aqueles que têm dinheiro, poder e que mais utilizam drogas atualmente, em termos epidemiológicos. O consumo destas pessoas não é para aliviar fome, pobreza ou mal-estar, mas sim para perder o controle e sentir prazer. Essa é uma grande maioria não contemplada também em nossas

políticas. Tentamos ampliá-las ao máximo no sentido de atingir todos os usuários por meio da Política de Redução de Danos, cujo objetivo é oferecer insumos e estratégias que possam reduzir ao máximo os danos causados pelas drogas. Por exemplo, a distribuição de água nas baladas, nas *raves*. Esta população, caso necessite de algum atendimento, vai para o hospital ou pelo plano de saúde ou por via particular, não chegando a nós pelo SUS.

A política se faz com três ingredientes: amor, revolta e dinheiro. Por exemplo quando no SUS falamos em intersetorialidade, nenhuma política tem financiamento previsto para isso, o que pode ser visto nas demais secretarias e ministérios. O financiamento não é explícito para a intersetorialidade.

O edital de Redução de Danos, lançado recentemente, para fazer uma política que é da saúde, mas que pode ter uma intersetorialidade com ONGs, escolas e universidades, teve um financiamento mais claro, porém, pré-definido, o que corrobora com sua descontinuidade

Sobre as diretrizes estabelecidas pela Política Ministerial, ela tem que nortear todas as nossas políticas nos âmbitos estadual e municipal e, mais além, nas micropolíticas. Porque o bairro do Tatuapé não usa droga como o do Morumbi, que, por sua vez, não consome essas substâncias como São Bernardo do Campo e Santo André. Ou seja, esse multiculturalismo tem de estar perpetuado dentro da política que se faz na microrregião.

Os estudos, principalmente dos pesquisadores do CEBRID (UNIFESP), mostram, epidemiologicamente, que há um aumento do consumo de álcool e outras drogas entre as crianças e os adolescentes no país.

O uso não é só porque a pessoa tem um transtorno de conduta. Isso está mais na ideia da população porque é o que sai a toda hora na mídia e os juízes usam isso como judicialização da saúde. O pior de tudo é o menino de seis anos de idade que usa *crack* para cortar cana, o que é uma realidade no estado de São Paulo. Ele usa a droga para ter energia e poder cortar mais cana de açúcar e ajudar ainda mais sua família, que também está nos canaviais. E isso é o resultado de uma pesquisa feita pelo Ministério do Trabalho de Marília (SP).

Os crescentes problemas relacionados ao uso de álcool na população adulta e economicamente ativa, que também é confirmado pelas pesquisas, levam a uma necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços da saúde com ênfase na reabilitação psicossocial e na inclusão social desses usuários.

Se pensarmos na formulação da política, o que deve ou não estar contido nela? O que não deve é essa ideia reducionista, ou seja, uma clínica em que o jovem permanece por nove meses, e ele renascerá ao

final do processo! Esse tipo de tratamento não tem fundamentação científica. Em nove meses, é claro, longe de tudo, ele não vai usar mesmo! Mas, no momento em que ele volta ao contexto, àquela representação em relação à droga, existe a volta ao consumo. Há o sujeito e o contexto. É fundamental que levemos sempre em consideração o sujeito, a substância e o contexto.

O álcool e outras drogas nunca foram um problema mundial. Passaram a ser uma grande questão de saúde pública recentemente. O álcool ainda é colocado em algumas culturas como um alimento. Você se alimenta dele no café da manhã, no almoço, à tarde e no jantar. São situações nas quais ainda temos de pensar.

Precisamos de redes assistenciais descentralizadas e mais atentas às desigualdades sociais. As diretrizes então recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Ministério, e pelas diretrizes para a produção de serviços específicos voltados para a atenção integral de álcool e outras drogas.

Penso que o CAPS deve atender 24 horas. Falo isso porque a maior busca pela droga é à noite, depois das cinco da tarde. O CAPS seria um lugar de referência. Se esse CAPS trabalha na política da Redução de Danos, será possível nele buscar algo que possa reduzir os danos do consumo de drogas nas madrugadas.

Se nesse período o usuário estiver intoxicado, o CAPS será o lugar de referência para uma possível desintoxicação. Dos 46 CAPS AD, a maioria não faz isso. E para que então tem o médico clínico? A desintoxicação está na atuação do pronto-socorro, que não tem o profissional de saúde mental preparado como há nos CAPS. O CAPS AD tem de fazer desintoxicação. CAPS Infantil tem de atender crianças, inclusive as que usam álcool e drogas.

Mas não adianta fazer nada disso se não houver uma articulação com a rede extra-hospitalar de base comunitária. Em São Paulo, a rede tem vários equipamentos, mas que não possuem articulação. E é para isso que precisamos batalhar.

Temos de implantar equipes preparadas. Essa é a parte que nos cabe à atenção básica e primária, para trabalharmos com rastreamento e intervenção breve pautadas na política da Redução de Danos, para trazer esse usuário ao tratamento. Temos uma demanda alta e uma oferta de tratamento pequena.

Que possamos, portanto, fazer essa política junto com a Secretaria da Educação elaborando projetos intersetoriais. É um fenômeno extremamente complexo, que não cabe apenas à saúde.

Coloco, como último ponto, a importância da avaliação dos CAPS. São poucos os que fazem o plano terapêutico individual ou singular, comparti-

lhado com o usuário e com a família, na política da Redução de Danos. O que temos são as triagens, cada um escrevendo um pedaço no prontuário.

Que possamos trabalhar projetos de felicidade. Projetos de vida que tragam contentamento. Encantamento, como diz o professor Gastão Vagner, no sentido de não se conformar, mas estar neste mundo de uma forma de empoderamento, como um cidadão e cidadã de direitos e re-

vindicações. Precisamos eminentemente avaliar os centros de álcool e drogas, urgentemente, para pensar nessa minoria.



Adriana Barbosa Sócrates

Psicóloga clínica; mestre e doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília; especialista em Teoria Psicanalítica/UniCeub. Foi assessora técnica da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas da Presidência da República e atualmente é pesquisadora do Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas (Prodequi) da UnB, professora de Psicologia da graduação e pos-graduação do Centro Universitário e Instituto de Ensino Superior de Brasília (IESB) e consultora do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no Departamento de Proteção Social Especial da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome SNAS/MDS.

PRETENDO DISCUTIR E SITUÁ-LOS em relação aos serviços oferecidos pela Assistência Social no que tange à Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Esta discussão perpassa uma série de questões que reflito na minha prática profissional e acadêmica, não apenas como representante do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, mas também como pessoa e cidadã.

A Política Nacional de Assistência Social, por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), regulamenta os serviços oferecidos pela Rede socioassistencial em dois níveis de proteção social: a básica e a especial, que se divide em média e alta complexidade.

A proteção social básica tem mais um caráter de prevenção, ou seja, de fortalecer as ações preventivas e focar na capacidade protetora da família, da comunidade, da sociedade e do Estado, atendendo às necessidades fundamentais, como o estabelecimento de benefícios diante de

situações de vulnerabilidade social.

O aparelho estatal que representa a proteção social básica é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), que tem a função de proporcionar o acesso aos benefícios e serviços ofertados para todas as populações com vistas a garantir a proteção social da população. Existem mais de três mil CRAS em todo o Brasil e este número é crescente.

A proteção social especial, por sua vez, tem um caráter, além de preventivo, de enfrentamento das situações de vulnerabilidade social e violação de direitos. Seus serviços são oferecidos no Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) em ações de média complexidade; e pelos Serviços de Acolhimento, quando se trata de alta complexidade.

Nos diferentes serviços oferecidos pelos CREAS, evidencia-se a demanda e a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com o uso de drogas e suas complexidades, além de estabelecer uma atenção ao usuário de drogas e sua família, em um enfoque psicossocial neste contexto.

A proteção social, a partir de seus serviços, realiza um acompanhamento psicossocial com o foco na família. A Política Nacional de Assistência Social ressalta a centralidade das relações familiares e o resgate do seu potencial, assim como das redes sociais comunitárias.

Quando esses vínculos familiares são rompidos por motivos como a vulnerabilidade social, situações de violência extrema e violação de direitos, há a oferta dos Serviços de Acolhimento, uma das características da proteção social especial de alta complexidade. Esses Serviços podem também ser necessários no contexto de uso de drogas.

Os serviços oferecidos atualmente pelo CRAS e pelo CREAS estão sendo reformulados e reestruturados. Há uma demanda dos próprios profissionais que atuam no âmbito da assistência social nos municípios, estados e no governo federal por reorientações, diretrizes e pressupostos para execução e oferta dos serviços. A Secretaria Nacional de Assistência Social está em um momento de tipificação desses serviços, até por conta das demandas que surgem neste cenário, com o objetivo de disseminar um documento que trate da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.

Por exemplo, há um serviço oferecido no CREAS de proteção social aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Evidenciou-se, neste serviço, a demanda por intersetorialidade e a necessidade de encaminhamento para outros serviços públicos de saúde. Isso porque, em muitas situações, os adolescentes em uso intensivo de drogas estavam em condição de consumo extremamente prejudicial, tanto para o cumprimento da medida socioeducativa, como também para a sua saúde e relações familiares.

Nesse sentido, nota-se a importância de uma interlocução maior com

a área da saúde para o encaminhamento dessas pessoas, até porque o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) não dispõe do aparato que o Ministério da Saúde dispõe para realizar os tratamentos e acompanhamentos necessários. É fundamental fortalecer essa relação, estabelecendo um fluxo de relação intersetorial em todos os níveis de governo. Além de identificar as atribuições de cada setor, já que a problemática das drogas requer uma atenção integrada e complexa.

Nessa relação intersetorial, deve-se privilegiar as atribuições de cada setor. No caso de uso de drogas, cabe à Assistência Social acolher e verificar as demandas sociais, e à saúde, atender e tratar.

De uma forma geral, os serviços de proteção social especial atendem a indivíduos e famílias em diversas situações de vulnerabilidade social, violência e violação dos direitos. Evidencia-se a necessidade de esses Serviços alcançarem populações específicas como a LGBT e os usuários de álcool e drogas.

A própria Política Nacional de Assistência Social prevê que o uso de substâncias psicoativas pode estar presente em situações de vulnerabilidade e que portanto, esses serviços devem ter condições de acolher essas demandas em um caráter reflexivo e preventivo.

Percebemos a necessidade de reforçar essas ações intersetoriais não só com a saúde, mas também com a educação, a segurança pública, entre outras. Tal medida irá fortalecer essa rede de cuidados socioassistenciais, principalmente para a questão do uso de álcool e outras drogas.

O MDS realiza uma série de agendas intersetoriais. Uma delas é a oficina da rede intersetorial *Crianças e adolescentes em situação de violência*, que também surgiu a partir de muitas discussões sobre a deficiência da rede intersetorial.

Existe sempre uma demanda muito grande pela presença de um assessor técnico do MDS nos estados e municípios, para explicar e orientar as diretrizes e pressupostos da Política Nacional de Assistência Social no âmbito da Gestão do SUAS. Percebem-se demandas relacionadas à gestão de recursos, financiamento de serviços, bem como outras teóricas e metodológicas para lidar com as questões que surgem no dia a dia do atendimento das equipes.

A equipe dos serviços oferecidos nos municípios, responsáveis pela execução, é composta por psicólogo (a), assistente social, pedagogo (a) e técnicos. Dependendo da forma como se organizam e do modelo de gestão estabelecido nos municípios e estados, pode haver outros profissionais.

Realizamos uma oficina na Bahia, onde foi possível perceber que cerca de 80% dos adolescentes atendidos pelo serviço e que cumpriam medidas socioeducativas tinham demanda por tratamento em razão do

uso de álcool e outras drogas. É um dado alarmante que requer atenção e respostas complexas e intersetoriais, já que os serviços oferecidos devem ser desenvolvidos de modo articulado com a rede da assistência social, órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas. A articulação no território, em relação ao uso de álcool e outras drogas, é fundamental para fortalecer as possibilidades de inclusão das famílias em uma organização de proteção social como forma de lidar com a situação detectada.

Apesar de discutirmos muito, será que o uso de drogas é algo do âmbito individual ou social? Eu penso que a linha que separa o individual do social é muito tênue e temos que prestar atenção nisso, até porque precisamos respeitar os direitos humanos de todos. Mas existem impactos pessoais e sociais muito fortes, o que nos faz pensar nos fatores de proteção e de risco aos quais precisamos estar atentos, tanto na formulação de políticas públicas como na execução das mesmas em diferentes áreas.

Desenvolvi minha pesquisa de mestrado em um projeto do Juizado Especial Criminal do Distrito Federal, vinculado à saúde. Esse projeto consistiu em uma parceria entre o Ministério Público e a Universidade de Brasília, por meio do Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas – Prodequi, que previa a execução de um grupo psicossocial para usuários de drogas processados por uso e porte de drogas, com metodologia baseada na política de redução de danos. Minha investigação consistiu no acolhimento dessas pessoas nesse contexto, sendo possível verificar sua importância no sentido de dar voz ao sujeito e instituir um espaço de reflexão sobre o uso de drogas e seus impactos pessoais e sociais.

É inevitável essa conjuntura de olhar tanto o âmbito individual como o social, em relação à questão das drogas. Até porque esse olhar complexo precisa estar presente tanto para o profissional psicólogo como para os outros profissionais que atuam nessa temática. Foram também muito interessantes as relações que se estabeleceram nesse projeto, em especial com os operadores do Direito. É um local onde nós, psicólogos, precisamos praticar maior sensibilização para o comportamento humano.

Muitas vezes a conduta autônoma profissional dos juízes e promotores é individualizada e focal, de acordo com o entendimento dos mesmos acerca da lei. Uma prova disso é que, no Juizado Especial Criminal onde realizei minha pesquisa, duas formas diferentes de trabalho eram feitas de acordo com o entendimento dos Juízes e Promotores que, de acordo com o artigo 28 da Lei 11.343/2006, podem aplicar ao usuário de álcool e outras drogas advertência, prestação de serviço à comunidade e encaminhamento a grupos educativos.

O mais interessante é que, quando a minha pesquisa terminou, o projeto continuou, mas, sem o acolhimento, não deu certo. Os usuários pararam de frequentar o grupo, o que constata que o acolhimento realmente é fundamental.

Refletindo na importância desse acolhimento, de ouvir, conhecer, considerar aquela pessoa como um sujeito que escolhe, vive e elabora suas próprias formas de viver tendo o uso de drogas, é uma questão entre tantas.

É importante, desde o momento da regulação e tipificação dos serviços socioassistenciais, já incorporar nesses documentos a premissa do olhar complexo de todos os profissionais que venham a atuar nos CRAS e nos CREAS com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. A capacitação é algo estritamente necessário. As pessoas precisam também se preparar para desenvolver esse olhar complexo, o que não é nada fácil.

Aproveito esta discussão para pensar quais seriam as atribuições de um psicólogo nos serviços socioassistenciais e quais seriam suas atribuições em um serviço de saúde diante da complexidade das drogas. Existe uma discussão imensa em torno disso, provocada também pela falta de diretrizes. Por isso louva-se a iniciativa do CREPOP (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas) de divulgar e, de alguma forma, contemplar todas essas ações sobre as políticas públicas.

Existe uma confusão muito grande, até nos dados do senso de 2009 do CREAS, com relação ao monitoramento dos serviços socioassistenciais. Podemos verificar que mesmo o atendimento clínico não é uma ação de um (a) psicólogo (a) dentro de um CREAS, mas cerca de 63% dos (as) psicólogos (as) nas equipes do CREAS fazem isso.

Por isso, precisamos conversar e discutir. Sinto que, por falta de um documento que oriente, não construímos espaços de discussão e apenas sanamos as emergências. No cotidiano do atendimento não conseguimos parar para pensar se não tivermos uma diretriz.

Tanto que no último seminário nacional sobre monitoramento, nas equipes dos serviços de todo o Brasil, os (as) psicólogos (as) se reuniram para definir quais seriam as atribuições do (a) psicólogo (a) dentro de um CREAS, porque o atendimento não é clínico, mas de acolhimento e encaminhamento. Na assistência social, o que chamamos de acolhida acontece como forma de descobrir as necessidades do indivíduo para encaminhá-lo aos serviços e benefícios necessários.

Talvez seja necessário integrar as políticas de assistência social, saúde, educação, segurança pública, drogas, saúde mental, tendo em vista uma atenção global que considere o sujeito como um cidadão de direitos e deveres. Todos os profissionais, inclusive os (as) psicólogos (as) devem

ter clareza dessa integração e proporcioná-la sempre que possível. Começar a discutir as atribuições de psicólogos em diferentes áreas e serviços pode ser o início de uma integração necessária entre distintos setores, principalmente quando o assunto é política pública sobre drogas.



Décio de Castro Alves

Representante do Ministério da Saúde, especialista em Saúde Mental Pública pela Fiocruz e em Gestão de Serviços em Saúde, consultor e membro do Comitê Científico para Políticas Públicas para o Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde.

É IMPORTANTE COBRAR AS AÇÕES GOVERNAMENTAIS, mas acho que nós precisamos entender que o Brasil é um país muito grande, temos um Sistema de Saúde que vem sendo implantado há pelo menos 29 anos, a partir da Constituição de 1989.

Pelo nosso desenho republicano, que estabelece que as instâncias têm autonomia, precisamos compreender que a implantação de uma política nacional depende fundamentalmente de uma ação coesa entre os três níveis de governo: o federal, o estadual e o municipal.

Como o Sistema Único preconiza a descentralização da assistência e dos recursos por meio da política de municipalização, o gestor local em todos os municípios brasileiros, principalmente aqueles que estão na chamada Gestão Plena são os principais responsáveis efetivos pela implantação das diretrizes das políticas estabelecidas nacionalmente.

Na prática, o Ministério da Saúde pode propor – a sua principal tarefa é propor –, organizar as propostas relativas a um campo de política pública, estabelecer diretrizes, construir consensos, principalmente, e garantir a presença da sociedade civil, dos vários atores que constituem a sociedade civil. E o fundamental é que possamos cobrar dos nossos gestores locais a implantação dessas políticas.

No caso da atenção para a área de álcool e outras drogas, em 2002 o Ministério da Saúde adota, a partir de um grupo técnico, a visão da Saúde Pública para esse campo. A grande contribuição que o Ministério da Saúde traz para o enfrentamento dos problemas relativos ao abuso de consumo relaciona-se a uma proposta de saúde pública.

Ou seja, essa é uma área que, por ser extremamente complexa e muito além da questão da Saúde, deve estar pautada pelos princípios da

Saúde Pública, isto é, da garantia dos direitos e da oferta de assistência para as pessoas acometidas de algum tipo de prejuízo ou perda associada ao seu padrão de consumo.

É uma proposta de mudança de modelo assistencial, que no caso não se restringe à questão de álcool e drogas. Estamos falando da reforma psiquiátrica. Imagino que vocês conheçam aqui a grande questão de fundo, que é a substituição dos modelos baseados no hospital psiquiátrico por um modelo caracterizado pelo conjunto de serviços e redes de cuidado estabelecidos na comunidade, tendo como principal eixo de implantação dessa política os chamados CAPS, os Centros de Atenção Psicossocial. A reforma psiquiátrica não é somente para a questão dos transtornos, mas também para a questão de álcool e outras drogas.

Essa mudança do modelo assistencial preconiza fundamentalmente que comecemos a tratar a questão não com as bases tradicionais da psiquiatria, ou seja, com a simplificação focada apenas em sinais e sintomas. Não existe ideia simples para dar conta dessas questões, considerando que o consumo das substâncias tem vários níveis e várias nuances.

Há muitas pessoas que consomem substâncias. O fato é que as drogas, como são chamadas, são tecnologias, são claramente instrumentos, portanto, são objetos, não são nem boas nem ruins.

Podemos aqui fazer uma alusão ao pai da Medicina. Acho que ninguém ainda falou nada muito superior ao que ele disse: “A diferença entre o veneno e o remédio é a dose”. Fundamentalmente precisamos entender que as substâncias em si não têm nenhuma outra qualificação associada aos efeitos que elas possam produzir no nosso organismo.

O grande problema é que se deve, na condição de gestores públicos de saúde, tratar das pessoas que efetivamente têm padrões de dependência e que estão com perdas efetivas na vida em função do seu padrão de consumo.

Fazendo uma comparação grosseira, não é porque algumas pessoas bebem exageradamente, pegam o carro e batem, que nós vamos proibir o automóvel. O problema não é o carro, o problema é fundamentalmente como as pessoas utilizam ou não de maneira adequada esses instrumentos que fazem parte da vida, e que defendo aqui a ideia de que são tecnologias.

Pegando um pouco o gancho do comentário seguro da Mônica em relação à hipocrisia da sociedade, vi recentemente algumas pesquisas indicando que 78% da população é contra as drogas, porque as drogas podem matar ou vão matar as pessoas algum dia pelo consumo.

Interessante é que essa mesma população brasileira, um pouquinho mais, 87%, aprova a venda de armas que efetivamente matam. As armas matam, as armas não servem para duas outras coisas que não seja para causar

prejuízo a terceiros ou, no máximo, para alguma questão, digamos esportiva, ligada às provas de tiro ao alvo ou coisa do gênero. E nem se fala da bebida.

Apontar essas contradições serve, primeiro, para entendermos que não há uma solução fácil para a questão; segundo, que, assim como em relação aos transtornos, existe um lugar comum estabelecido pelo *status quo* social ocidental.

Podemos pegar como exemplo o hospício, que tem pelo menos 300 anos de existência. Você consegue dar conta, dependendo do tamanho da sua área de abrangência, de 80 a 90% dos casos graves de saúde mental com um CAPS que funciona bem. Agora, nós somos cobrados pelos 10% que porventura não conseguimos dar conta ou inserir no tratamento.

Existe uma pequena parte de uma outra corporação, a corporação médico-psiquiátrica, por meio da Associação Brasileira de Psiquiatria, que vem batendo de maneira insana na Reforma Psiquiátrica. Eu digo insana, porque nada abriu mais campo de trabalho para os profissionais de Psiquiatria nos últimos dez anos do que a Reforma Psiquiátrica.

Hoje, no Brasil, são 1.700 CAPS. Pela legislação, cada CAPS tem de ter pelo menos dois psiquiatras, e há uma clara falta de profissionais no mercado. No entanto, uma parcela dessa categoria, a parcela que está hoje na coordenação, na direção da Associação Brasileira de Psiquiatria, vem a público dizer que a reforma está desassistindo, o que decididamente não é verdade.

Há muito para ser construído, o Brasil é muito grande, são 5.400 municípios e a grande maioria deles, de pequeno porte. É, no mínimo, uma irresponsabilidade vir a público dizer que hoje o Ministério da Saúde não assiste a essa questão quando, até o início da Reforma Psiquiátrica, o que tínhamos no Brasil como política pública era a oferta da internação em hospitais psiquiátricos. Por uma série de interesses corporativistas e econômicos, a internação psiquiátrica dava muito lucro, e ainda dá em alguns lugares do país.

Precisamos ficar atentos, inclusive como classe, para nos contrapor a essas questões. Não porque a Psicologia é quem contrapõe a Psiquiatria, de maneira nenhuma, mas porque o tratamento em Saúde Pública, em Saúde Mental, há pelo menos uns 40 anos é feito por um conjunto de ciências, que incluem a Psicologia,.

Os movimentos de saúde coletiva demonstram que, para constituir saúde buscando a qualidade de vida, você precisa trabalhar, no mínimo, com os três níveis do biopsicossocial, e continuamos só focando o bio.

Nós, profissionais de Psicologia, os que trabalham junto aos psiquiatras inclusive, acabamos reforçando esse viés, porque para tudo o que diz respeito a crises, em geral, partimos do princípio de que de que haver

uma avaliação de um profissional psiquiatra e quase sempre uma prescrição medicamentosa, o que decididamente não é verdade.

A questão da mudança do modelo é o principal mote, não só da reforma, como da política de álcool e drogas. O que se propõe é uma rede de atenção, composta de um conjunto de serviços, que devem estar espalhados pela comunidade, para tratamento das pessoas que, por abuso, estão efetivamente com perda de autonomia e com prejuízo na sua vida.. São os Centros de Atenção Psicossocial, os serviços de referência hospitalar, as enfermarias para a desintoxicação e tratamento das abstinências e os leitos de curta permanência. Deixando muito claro que a internação nesse campo só se justifica em dois casos muito específicos: nas crises de intoxicação e abstinência.

Aliás, estou vindo da reunião do Colegiado dos Coordenadores de Saúde Mental, em Brasília. Tivemos a felicidade de contar com a presença do dr. Benedetto Saraceno, diretor de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde. Ele falou com todas as letras possíveis, espanhol, italiano e inglês, que, primeiro, não há evidência clínica suficiente para justificar a internação das pessoas como um método para fazê-las pararem de usar substâncias.

A questão da supressão do consumo de substâncias passa decididamente pelo sujeito que faz uso, e não nos cabe outra ação que não seja tentar, por meio da contratualidade, por meio de uma negociação contínua e constante, estabelecer alguma proposta que seja viável para o sujeito, caso o sujeito queira. Vamos deixar muito claro isso também, porque devemos respeitar os direitos das pessoas que querem e fazem o uso de substâncias psicoativas.

Foi citada aqui a questão do debate do tabaco. Eu, particularmente, defendo as políticas de restrição, desde que não se tornem proibitivas, dogmáticas e, principalmente, fascistas, porque acho que é o que está acontecendo.

Coloco-me, inclusive, na condição de usuário. Sou tabagista e não vejo nenhum motivo para que as pessoas que não fumam tenham que aspirar a minha fumaça, isso é claro, mas, daí a segregar as pessoas como vem acontecendo, não concordo.

Dou um exemplo para vocês do Canadá. Na cidade de Toronto, existe uma faixa amarela ao longo do pé direito dos prédios, e você pode fumar só ali, a quatro metros do pé direito. Tudo bem se você não considerar que, no período em que minha amiga esteve lá, fazia dez graus abaixo de zero.

Então, realmente é preciso garantir o direito de todas as pessoas, inclusive daquelas minorias que querem fazer uso, lembrando que o tabaco é uma droga lícita, que existe um mercado imenso, uma série de pessoas que vivem da produção, da manufatura, do transporte e do con-

sumo dessas substâncias.

Assim como o álcool, efetivamente do ponto de vista da Saúde Pública, o nosso problema, claramente, são as drogas lícitas. Em nenhum momento está se propondo fazer algum tipo de proibição dessas substâncias, mas uma regulação maior dos poderes públicos em relação, principalmente, ao mercado.

Um parêntese: no caso das ilícitas, não há como olharmos esse fenômeno que não seja pelo fato de serem mercadorias de altíssimo lucro. Tanto a maconha quanto a cocaína e o seu derivado, o crack, constituem-se na segunda ou a terceira maior empresa mundial do ponto de vista dos recursos que envolvem. Lucram quase 40 milhões de dólares por dia, que giram no mercado financeiro, e não venham nos dizer que estão querendo livrar o mundo das drogas porque isso, definitivamente, não é verdade, não há interesse concreto, eu diria que não existe a possibilidade efetiva de se livrar o mundo das substâncias psicoativas. Como já afirmei, elas são tecnologias e devem ser utilizadas da melhor maneira possível, e cabe a nós tratarmos aquelas pessoas que não conseguem fazer esse uso.

Do ponto de vista da rede de tratamento, a proposta é levar para a Atenção Básica também as ações primárias no que diz respeito ao contato com as pessoas que estão em abuso de consumo, reiterando sempre, focando aquelas que, efetivamente, estão com prejuízo de vida em função disso.

Quando se tem uma população como a nossa, com quase 30% da população ativa fora do mercado formal de trabalho, sem emprego, como aqui em São Paulo, o que resta para essa população é trabalhar com o ilícito e com o ilegal. É comprar contrabando do Paraguai para vender aqui, vender coisas nos sinais, e a questão do tráfico das substâncias, do comércio das substâncias. Se há uma coisa que está matando as pessoas é o comércio, e efetivamente sabemos que as pessoas morrem hoje por cinco ou dez reais que elas devem na boca de venda de crack.

Se elas estão morrendo de overdose, nós, da Saúde Pública, não sabemos, porque não chegam ao serviço nessas condições. Quando chegam, é muito difícil fechar um nexo, as pessoas morrem de parada cardíaca ou de alguma outra complicação. E se o médico do serviço do pronto-socorro atestar overdose de drogas? Primeiro que não tem como concluir. A pessoa pode ter consumido doses abusivas, por exemplo, de cocaína, e nem por isso o motivo da parada cardíaca ter sido o excesso do cloridrato de cocaína, que é a substância da qual está fazendo uso ou pela qual deu entrada no PS.

Se o médico atesta que a morte foi por overdose, e se o sujeito tem, por exemplo, um seguro no nome dele – em geral as apólices de seguro

não cobrem suicídio e não cobrem morte por ingestão de substâncias. Se gera um problema jurídico, o técnico é quem acaba respondendo social e juridicamente pela afirmação de que o sujeito morreu de overdose.

Antes de concluir, gostaria de deixar claro o seguinte: os CAPS AD e as enfermarias, para tratar basicamente a desintoxicação, levam sete ou oito dias, ou no máximo 15 dias. No caso da síndrome de abstinência, as pessoas que têm dependência química tentam parar por conta própria. Há uma série de riscos efetivos de morte por conta de controle de sinais eletrolíticos, enfim, uma série de questões que demandam uma retaguarda hospitalar.

Em relação ao tratamento e à clínica, não existem formas efetivas de fazer com que as pessoas parem de usar substâncias. A maioria das que são utilizadas hoje são iguais às que estamos combatendo na psiquiatria como um todo, chamadas de tratamento moral, que é alguém de fora querer dizer para o outro o que ele tem de ser na vida dele, e impingir alguns tipos de limitações na sua vida.

Se queremos desconstruir os hospitais psiquiátricos no Brasil, temos de ficar atentos porque hoje o que está acontecendo é que existe uma pressão grande, muitas vezes com a indução do poder judiciário, no sentido de determinar internações, como se isso fosse resolver o consumo abusivo das substâncias. Isso não resolve.

O que ocorre também é a interdição civil, que o judiciário faz com as pessoas que usam drogas, de maneira ilegal, porque a lei de drogas hoje entende que o consumo de substâncias deve ser abordado pela Saúde Pública e não pela Justiça.

Não é um delito você estar sob o efeito de drogas. Assim como a prostituição, você não pode ser penalizado porque está vendendo seu corpo. Não há como, porque estamos falando dos direitos individuais das pessoas, e cada um deve responder pelo seu próprio organismo. No entanto, a lei tenta, de alguma forma, cercar essa questão por meio do mercado. No caso da prostituição, o crime é o chamado rufianismo, a cafetinagem, assim como no caso das drogas é o transporte, a venda, enfim, todas as questões do entorno.

Há pelo menos dois anos, o Ministério da Saúde vem muito intensamente tentando disparar uma série de processos para instituir as práticas de Redução de Danos; Essas práticas já têm um histórico de pelo menos 20 anos na Saúde Pública brasileira, a partir do enfrentamento da epidemia de AIDS, com efetividade na sua ação.

O Brasil conseguiu reduzir bastante a transmissão do HIV por uso de drogas endovenosas por meio das políticas de Redução de Danos, um marco inicial na cidade de Santos, com a distribuição das seringas para as pessoas que faziam o uso de cocaína. É interessante pensar o quanto

funciona a informação nesse caso.

Se hoje há uma queda do consumo do tabaco no Brasil, em 2006 a UNODC, agência da ONU que cuida das questões de droga e do crime, reconheceu que o Brasil foi o primeiro ou o segundo país do mundo que mais diminuiu o consumo do tabaco, segundo uma pesquisa de auto-nomeação, que é aquela em que as pessoas se declaram fumantes. O consumo caiu de 21% para 19%, a maior redução no período de 2004 a 2006, basicamente em função da informação.

Eu já disse aqui que devemos apoiar as políticas de restrição desde que elas não cerceiem os direitos das pessoas. O que devemos fazer é abrir esse debate o máximo possível.

Cada um de vocês, formadores de opinião na sua comunidade, deve tentar trazer as pessoas para debaterem a respeito. As pessoas que fazem uso de drogas não são convidadas a participar dos eventos, pelo óbvio, e quando o fazem, correm o risco de se expor e serem criminalizadas por defender uma posição.

Haja vista a ação desmedida contra o ministro Carlos Minc porque ele participou da passeata da maconha. Participar dessa passeata é fazer apologia às drogas? Não é. Estamos em um Estado democrático de direito. Manifestar ideias para debate de maneira nenhuma é fazer apologia de um lado ou de outro.

Se temos de aguentar os que são antitabaco, e ninguém fala para proibir, não tem de proibir as manifestações sociais, temos de aprender a conviver com elas.



O lugar da política de assistência social na atenção as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas

Luciana Bolognini

Socióloga / Especialista em Desenvolvimento Social
na Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social, pós
graduanda no curso de especialização em Assistência
Social e Gestão do SUAS (Sistema Único de Assistência
Social)

NA ATUALIDADE, A QUESTÃO DAS DROGAS está em grande evidência midiática, o que provoca uma reação dos setores públicos na busca de soluções. Foram décadas de pouco investimento na oferta de serviços de saúde para usuários de drogas, o que permitiu o surgimento de opções de tratamento ofertadas por meio de um rol de organizações sociais, sem uma clara definição e regulamentação e com práticas que muitas vezes são violadoras de direitos¹.

Em meio à ausência de ações concretas do poder público em implementar a reforma psiquiátrica e ampliar os serviços de saúde mental e, paralelamente, com o surgimento das iniciativas da sociedade civil, ocorreu a disseminação do consumo do crack, fazendo deste o desafio de hoje.

Para enfrentar esta situação é necessária uma ampla ação pública estatal, com oferta de cuidados de saúde e de proteção social. É preciso forjar uma nova forma de fazer que envolva novos conhecimentos e posturas. É importante assumir uma mudança na prática e na base conceitual e teórica que estrutura a ação, que deve estar balizada pelos princípios, diretrizes e objetivos do Sistema Único da Saúde (SUS) em relação aos

1 O Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos registrou as práticas de violação de direitos em organizações sociais que ofertam atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.

cuidados de saúde, e do Sistema Único da Assistência Social (SUAS)².

Este texto procura construir um campo próprio de atuação para a assistência social, apresentando alguns aspectos da política pública nesta área, no que se refere ao atendimento aos usuários de álcool e outras drogas e suas famílias, além de apontar para as convergências com o atendimento ofertado pela saúde.

Fazem parte da história da assistência social ações sob a orientação da medicina social³ para prevenção das doenças contagiosas e auxílio aos pobres enfermos. As ações eram realizadas por instituições religiosas que ofertavam acolhimento e assistência à saúde. A prática da medicina social estava pautada na segregação dos assistidos, retirando as pessoas do convívio social e submetendo-as às normas e regras de comportamento de caráter disciplinador. Dessa forma, a assistência ofertada estava associada às formas de repressão e controle.

Com a promulgação da Constituição de 1988, a criação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e da Norma Operacional Básica (NOB), a Assistência Social alcançou um arcabouço legal que redefiniu o seu papel. Nesta nova concepção, esse direito é reconhecido e deve ser garantido por uma política pública específica de responsabilidade estatal.

O trabalho social realizado pelo SUAS objetiva garantir proteção social por meio da oferta de segurança de sobrevivência e renda; autonomia; convivência familiar e comunitária; acolhida nas situações de abandono e situações de violência. Importante salientar que as seguranças afiançadas devem ser ofertadas em conjunto, contemplando as necessidades e considerando a integralidade das famílias e indivíduos. O trabalho realizado envolve o indivíduo, a família e a comunidade na reflexão e na busca da compreensão do fenômeno “drogas na sociedade” e na construção de projetos de vida.

A Assistência Social está dividida em dois níveis de proteção social. Ambos podem identificar situações de uso de crack ou outras drogas e realizar a sensibilização e o encaminhamento para tratamento na saúde.

A proteção social básica foca suas ações na prevenção e identificação de situações de uso de drogas, sensibilização e motivação para o trata-

2 O Sistema Único de Assistência Social organiza a oferta de serviços e benefícios da Política de Assistência Social, de forma descentralizada e territorializada.

3 Medicina social aparece no contexto de controle do Estado sobre as pessoas por meio de práticas sanitárias e higienistas. A medicina exercida não tem como objetivo a cura das doenças e nem questões de saúde pública / coletiva. Sua ação é para o controle da sociedade através do indivíduo, no âmbito biológico, somático, corporal, das consciências e das ideologias.

mento e o encaminhamento para a saúde. O Centro de Referência e Assistência Social (CRAS)⁴ oferta o serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e desenvolve o trabalho de fortalecimento de vínculos com as famílias, promovendo a inclusão produtiva, o acesso à participação cidadã e a realização de atividades socioeducativas para reflexão sobre a temática drogas na sociedade e construção de projetos de vida. As famílias e indivíduos serão acompanhados pela proteção social especial quando ocorrer situações de violência doméstica e outras violações de direitos, principalmente nas situações de rua. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)⁵ oferta atendimento para famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social. O atendimento, personalizado e continuado, exige intervenções especializadas e uma ação intersetorial, principalmente com o sistema de garantia de direitos e com o SUS.

Ao pensar a questão das drogas, não podemos aceitar que a política de assistência social assuma uma postura arcaica sendo a executora de práticas disciplinadoras e segregadoras no atendimento aos usuários.

O atendimento socioassistencial estabelecido no SUAS, rompe com as práticas da medicina social e objetiva a inclusão das famílias e indivíduos na redes de proteção para a promoção social, produtiva e política, para o fortalecimento dos vínculos e da função protetiva da família e da comunidade. Isso significa oferta qualificada de serviços e programas de proteção para a comunidade, família e indivíduos que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social.

Essas ofertas visam à diminuição das situações de conflito e violência decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, procurando subsidiar a melhora das relações familiares, das habilidades relacionais, sociais e produtivas, da autoestima, da participação cidadã, da motivação para a mudança e do desenvolvimento da capacidade de superar dificuldades e adversidades, entre outras.

Cabe ressaltar que o atendimento e o acompanhamento dos indivíduos e famílias devem ser compartilhados com a saúde, durante e após o tratamento. O atendimento compartilhado deve ser feito por meio de alinhamentos conceituais, realização de atividades conjuntas, discussão de caso e construção conjunta dos planos de atendimento. Esta articulação está prevista no SUAS e no SUS e representa a superação da incompletude existente nas políticas sociais, buscando ofertar atenção integral aos indivíduos e famílias. Esta interdependência e incompletude está presente em ambas as políticas. A de saúde necessita de uma rede

4 Centro de Referência de Assistência Social.

5 Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

de suporte social composta por dispositivos comunitários de acolhida e promoção social; já a política de assistência social precisa do apoio de uma rede de atenção e cuidado de saúde.

Exemplo disso é a assistência prevista para os pacientes dos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS⁶ (I, II, III, AD) que inclui visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inclusão familiar e social. Este trabalho deve ser desenvolvido em conjunto com o CRAS e com o CREAS estabelecendo uma ação de responsabilidade intersetorial e trazendo maior efetividade e integralidade para a oferta pública. Essas ações de acompanhamento, no caso de uso abusivo de drogas, devem ter como orientadores Planos de Acompanhamento do Usuário, compartilhados entre saúde e assistência e reuniões periódicas para discussão de caso.

A partir desses pressupostos, o atendimento ofertado pela Política de Assistência Social contribui com a prevenção dos agravos causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas: danos ao pertencimento social, situações de violência, envolvimento com o tráfico, prostituição, situação de rua, e outros, e proporciona condições de suporte social que incluem atendimento ao indivíduo e ao grupo familiar, sensibilização da comunidade sobre a necessidade de acolhimento, ações para evitar a estigmatização do usuário de álcool e outras drogas; nos processos de reconstrução e fortalecimento dos vínculos e das redes sociais e significativas e construções de projetos de vida.

Dentro dessa perspectiva, a assistência social não objetiva a atividade de tratamento, principalmente no modelo de internação institucional. Se a assistência social realizar essas ações, será um retrocesso; as práticas assistenciais adotadas no passado e todos os pressupostos estabelecidos na legislação e normativas vigentes serão desconsiderados.

Referências Bibliográficas

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil:1998.
- _____. Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social, (nº 8.742/93).
- _____. Política Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2004.
- _____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2005.
- MUNIZ, Egli. Qualificação dos Serviços Socioassistenciais para a

consolidação do SUAS e acesso aos direitos socioassistenciais IN:
Cadernos de Texto da VIII Conferência de Assistência Social. Eixo: III,
os Serviços Socioassistenciais. CNAS. 2011.



Drogas e juventude: outro caminho

Gabriel Medina

Psicólogo e Presidente do Conselho Nacional de Juventude

O TEMA DA JUVENTUDE É RECENTE na agenda pública do país. Foi apenas nos anos 1990 que o Brasil começou a construir algumas experiências municipais e estaduais voltadas especificamente para essa questão. No âmbito do Governo Federal essa experiência é ainda mais recente. A Política Nacional de Juventude foi constituída em 2005, com a criação da Secretaria Nacional de Juventude, o Conselho Nacional de Juventude e o Projovem.

Embora haja avanços nas formulações e ações realizadas no âmbito das universidades, das ONG's e do próprio Estado, o desconhecimento e o senso comum ainda predominam quando o tema em foco é a juventude. É bastante comum a associação do tema à adolescência, percepção mais consolidada por conta da constituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ainda que com algumas interfaces, principalmente no que tange à questão etária, a noção de juventude carrega sentidos bastante distintos e caminha para a construção de um arcabouço conceitual próprio.

A condição juvenil compreende uma fase da vida que se estende dos 15 aos 29 anos. Esse período não deve ser entendido apenas como um momento transitório da infância para a fase adulta ou como uma etapa que carrega comportamentos de risco. Trata-se de um momento específico marcado por muitas mudanças na formação e na trajetória dos indivíduos.

Nesse sentido, a juventude deve ser entendida como um período importante do desenvolvimento humano, um momento no qual se criam e compartilham experiências geracionais que, apesar de serem bastante

diversas, conformam um conjunto comum de experiências cujas especificidades precisam ser reconhecidas.

Na maior parte das vezes, o desconhecimento do tema e a construção conceitual equivocada da ideia de juventude – reduzida à concepção de grupo que promove e/ou está sujeito a risco social – contribuíram para que fossem construídas políticas errôneas destinadas ao controle e à repressão do tempo livre dos jovens. É neste espaço que tem se constituído a política de drogas no Brasil. Conjunturalmente, essa concepção foi realimentada pela campanha eleitoral de 2010, quando a maior parte dos partidos, a despeito das distintas colorações ideológicas, estabeleceu uma conexão direta e simplista entre crack e juventude.

Esta visão de Guerra às Drogas, difundida por décadas pela ONU, e reproduzida à exaustão pelas políticas norte-americanas, já mostrou sua total ineficácia. Nos últimos anos, o consumo de drogas aumentou, a capacidade de entorpecimento foi ampliada e o combate empreendido contra as drogas ilícitas provocou o aumento da violência por todo o mundo. Todo esse processo tem impactado com vigor os jovens brasileiros.

O Brasil possui a sexta pior posição no ranking de mortalidade de jovens no mundo, tendo como causas principais, em primeiro lugar, os homicídios e, em segundo lugar, os acidentes de carro. De certa maneira, esses dois fatores possuem forte ligação com o consumo de drogas. É evidente que parte desses homicídios está vinculada às iniciativas de promoção ou às tentativas de repressão ao tráfico efetuadas por polícias militares que abusam da violência e do despreparo, afetando em grande maioria os jovens negros das periferias do país.

A concepção dominante sobre a relação entre drogas e juventude, sustentada em termos de combate e/ou enfrentamento, precisa ser repensada com urgência e a Psicologia possui aparato teórico e prático capaz de ajudar, junto a outras áreas do saber, a dar respostas efetivas para essa questão. É preciso que mudemos o enfoque, compreendendo que a descriminalização das drogas é o ponto de partida para uma abordagem que trate o usuário não pela ótica da segurança pública, mas sim da saúde articulada com outras áreas da política social.

Contudo, as ações e políticas realizadas nos últimos meses demonstram completo despreparo e desconhecimento dos governos sobre o tema. É o que foi visto nas ações realizadas no bairro da Luz na cidade de São Paulo pelo Governo Estadual e Municipal. A operação chamada *Sufoco* contou com centenas de policiais militares que utilizaram a força para dispersar usuários que se aglomeram na região. Apenas 0,5 kg da droga foi apreendida, mas atos de extrema violência marcaram a ação desastrosa que espalhou pânico entre os usuários que não receberam

um apoio afetivo/social, mas sim bombas e balas de borracha.

No fim do ano de 2011, o Governo da Presidenta Dilma Rousseff lançou o Programa de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com investimento de cerca de 5 bilhões de reais e que tem como principais executores os Ministérios da Saúde e da Justiça. A política possui problemas de origem graves, pois mantém forte peso da segurança pública orientada pela política de Guerra às Drogas, e no campo da saúde fragiliza a política de saúde mental com a legitimação de parcerias do Estado com comunidades terapêuticas, instituições estruturadas na linha da internação dos usuários e dirigidas por organizações religiosas. Como exemplo: entre as ações previstas, está a instalação de câmeras em locais de uso de drogas, como o caso da cracolândia, para o monitoramento dos usuários.

O caminho deveria ser inverso: a política de saúde mental baseada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, ainda em implementação, precisa ser fortalecida. A política de drogas não pode servir como um mote para a desconstrução do legado da luta antimanicomial, movimento que conquistou a substituição de hospícios e manicômios por novos equipamentos de saúde que estimulam o convívio familiar, social e não o encarceramento. Novas estratégias podem ser incorporadas, como a experiência dos ambulatórios de rua e de equipes de redução de danos direcionadas para regiões como a cracolândia. Contudo a premissa básica deve ser a promoção da autonomia e da liberdade.

A política midiática de promoção de pânico social, por meio da divulgação de notícias sobre a expansão do crack no Brasil e os seus efeitos destrutivos, tem justificado medidas arcaicas de violência institucional como ações de internação compulsória já praticadas em alguns estados do país. Esta ação caminha na desconstrução de direitos constitucionais, fere os avanços obtidos no Estatuto da Criança e do Adolescente e reforça práticas de higiene social e exclusão.

É fundamental que as políticas de drogas sejam pensadas de forma mais ampla, articuladas com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com políticas de promoção dos direitos humanos, cultura, esporte e lazer, entre outros. O combate à pobreza e ações voltadas à geração de trabalho digno para a população brasileira certamente contribuirão para uma política de drogas voltada à prevenção e não à repressão.

No âmbito da juventude, é importante considerar que as políticas públicas devem caminhar na perspectiva de ampliar as possibilidades de socialização e vivência dos jovens, rompendo com o modelo atual presente nas periferias marcadas pela presença de bares como únicos espaços de encontro. Para isso é necessário desmercantilizar a vida social, com a oferta de programas e equipamentos públicos, de cultura, esporte, lazer e inclusão digital,

geridos por jovens e com estrutura necessária para o seu funcionamento.

O tema das drogas não deve ser tratado apenas como uma questão de segurança pública. A criminalização dos usuários é apenas mais uma manifestação da ineficiência de um Estado privatizado. A política de drogas deve ser vista como uma questão social, na qual devem atuar diversas áreas do aparelho do Estado, com a articulação dos entes da federação (União, Estados e Municípios), constituindo uma política articulada e integral. Uma política efetiva que deve ter como horizonte a ampliação dos direitos sociais, a diminuição das desigualdades e a promoção da felicidade humana.

Referência Bibliográfica:

<http://www.sangari.com/mapadaviolencia/>



Reflexões sobre o trabalho com o outro a partir do fenômeno de jovens em situação de vulnerabilidade e de rua

Cláudio Silva Loureiro

Psicólogo, Coordenador Clínico e de atendimento do Projeto Quixote; Supervisor Institucional do CAPS-AD S.Matheus e do Projeto Novos Rumos de Várzea Paulista

TEM SIDO COMUM COMPREENDER QUE CRIANÇAS E ADOLESCENTES em situação de rua seja um fato desencadeado pelo consumo de crack – essa grande epidemia que tomou conta do país, deixando de ser exclusividade do Centro da capital paulista ou do Estado de São Paulo.

A partir desse entendimento, há uma expectativa heroica da população de que isso seja uma doença a ser “curada” com algum remédio, por um leque maior de lugares para internar estes jovens, seja por vontade própria ou mesmo à “força”, pois, além de ser criança e adolescente, trata-se de um doente que precisa ser “tratado”. Não há escolha, porque se entende que o sujeito está alienado de si mesmo ou ainda não se constituiu.

Tudo bem, já escuto o coro da outra margem do rio, apedrejando minha omissão e falta de ética por julgar precipitadamente que minha postura é passiva diante de uma escolha que ainda não pode e talvez ainda não queira ser diferente. Algum técnico supostamente engajado com o “tal do menino” me indaga se com o meu filho eu faria a mesma coisa.

Sendo franco com vocês, confesso que esse tipo de questionamento me perturba há muito tempo. Hoje compreendo que isso acontece não pelo literal do texto, mas pela questão oculta nesse tipo de dilema. Não pelo que de agudo se revela no fenômeno da dependência, mas por quais caminhos se produziu tal escolha e circunstância. De saída, só

consegui ir além da dupla “culpa-dissociação” depois que tirei da frente a moral e o heroísmo reativo tão comuns na lida com tais situações. Isto posto, agora posso compartilhar algumas reflexões.

Tenho certeza de que, se meu filho estivesse com esse problema, a primeira coisa que me ocorreria seria a seguinte pergunta: onde eu estive todo esse tempo para que hoje, de forma desesperada, eu queira pegá-lo à força, pois minha palavra já não chega mais ao seu coração e minha autoridade nunca existiu? O que quero dizer com essa falácia? É que o desespero das minhas falhas não tem distanciamento, não tem racionalidade e, também pela culpa, faço qualquer negócio para livrá-lo da morte. Talvez eu ainda tenha chance de amá-lo dignamente e ele tenha a experiência de descobrir o que é o ingresso na civilização quando descobrir que também tem um pai. Afinal é sangue do meu sangue, ele é parte do aço a partir do qual projeto a ilusão de que ele seja o reflexo do meu espelho.

Entendo o que acabei de dizer como uma grande falácia da mente e como um apelo cínico que contribui para os relacionamentos messiânicos que estabelecemos com estes jovens sem lugar no mundo e que, de um jeito ou de outro, se revela numa experiência perversa.

O primeiro ponto dessa perversão se dá pela própria inversão lógica que estabeleço na minha mente para justificar o meu discurso e o meu desempenho salvador do rebanho. Empréstimo para mim a representação de alguém que não teve nada que guardasse qualquer semelhança de desenvolvimento, cuidado e afeto que conheci no meu percurso de vida. Em seguida, deposito na figura desse menino estrangeiro que se abriga na minha cabeça as roupagens dos meus parâmetros de educação, saúde, religião, posição política, time de futebol, etc., e tento fazer com ele algo semelhante ao trabalho dos jesuítas com os índios. Se ele conseguir ficar manso e resignado, logo continuo investindo e acreditando no “vínculo”. Por outro lado, quando ele se rebela, é um psicopata, um manipulador, não quer nada com nada e não sabe aproveitar as chances que lhe são dadas.

O segundo ponto dessa perversão é o lugar em que vai se colocando aquele que precisa ser cuidado. Nesse lugar, que a maciez do travesseiro conhece muito bem, ele se circunscreve num universo imaginário e secreto que habita a minha vaidade, a minha necessidade de reconhecimento, minha ânsia pelo poder, minhas culpas, os deslocamentos psíquicos das minhas faltas, enfim, esse movimento começa e termina nas minhas buscas narcísicas.

Do ponto de vista do atendido, a fantasia do amor incondicional que se espera do outro que não se sustenta por muito tempo, principalmente quando se percebe o engodo dessa disponibilidade. Isso acontece quan-

do a voracidade e a quase coisificação da relação desmonta a necessidade de idolatria que se oculta nessa disponibilidade. Para o atendido, o resultado que fica se revela no sentimento de traição, no movimento autodestrutivo e na destruição absoluta das relações até então constituídas. A partir de tal perspectiva, podemos dizer que o cuidado deve operar numa via dupla polarizada na figura do cuidador e do atendido.

O sentimento messiânico de querer resgatar alguém às vezes vai tão fundo na vida íntima que se estabelece uma relação que vai cada vez mais deixando de ser profissional. Por exemplo, um trabalhador de abrigo, ao se vincular de forma muito intensa a um jovem que não tem pai e tem um lar desestruturado, faz com que nos finais de semana ele esteja com esse jovem na sua casa curtindo um churrasco familiar. Outro exemplo, um educador que funciona por carisma e que, na tentativa de querer ganhar um jovem que está mergulhado na delinquência, resolve presentear-lo com a participação ativa do presenteado, que determina o tipo de tênis que gosta de usar. Outra situação menos radical do que essas e até corriqueira na nossa prática é a chantagem que fazemos quando jogamos para o jovem o seguinte apelo: “você não pode fazer isto por mim”, “você não vai me deixar triste”.

No fundo, no fundo, a verdadeira questão não está no que há de literal no dar o tênis, levar o jovem para um churrasco no final de semana com a sua família, ou se utilizar de recursos afetivos para tocar o atendido – o problemático ocorre porque estas atitudes acontecem sem um processo, sem um “para quê” refletido, construído na compreensão que vamos estabelecendo com o percurso do acompanhamento. No trabalho social, e também diria na saúde mental, normalmente as atitudes costumam ter um tom muito reativo. As ações se organizam, ou melhor, não se organizam, porque são movidas pela urgência e não são refletidas, mas sim realizadas quase na forma de impulsos.

Retomando agora a questão colocada no início do texto, por meu filho faria qualquer coisa porque não tem como eu não estar reativo, irracional a ponto de querer fazer qualquer coisa para salvá-lo. Como profissional, definitivamente, não faria o que poderia fazer para o meu filho, porque se espera que eu tenha um nível de envolvimento confortável o suficiente para não perder a noção de perspectiva e reflexão. Essa temperatura de consciência é o caminho que pode me oferecer a possibilidade de proporcionar um cuidado que seja diferenciado e não pautado no sensacionalismo, heroísmo e que, por outro lado, também não corra o risco de tomar o rumo de uma relação perversa, pautada silenciosamente num narcisismo que empurra muitas ações de ajuda ao outro, enquanto esta alimenta o reflexo do meu espelho.

Outro aspecto, resultado de um processo de reflexão mais conceitual e ético, refere-se à questão principal de não fazer pelo atendido o que eu faria pelo meu filho ser justamente resultado do entendimento da diferença, na radicalização do lugar do outro, como grande desafio para, de verdade, poder sustentar uma hospitalidade que não seja técnica e formal a partir dos fundamentos do Direito. A prática dessa hospitalidade está inspirada numa utopia política, baseada no complexo processo de poder radicalizar a presença diante da minha diferença em relação ao outro. Como seria isso?

A primeira coisa que precisa ser esclarecida é justamente o que se pretende dizer com a palavra “diferença”, que facilmente pode ser compreendida dentro do binômio valorativo – o melhor e o pior. O desdobramento desse entendimento pode dar margens a um tipo de pensamento “nazista” no sentido de que, dentro da noção de diferença, exista um lado que é melhor, superior ao outro lado. Não é isso que estou querendo dizer com o conceito de diferença e, se fosse isso, não teria sintonia com o conceito de *hospitalidade incondicional* feito por Jacques Derrida, tema subterrâneo inspirador dessa reflexão.

O conceito de diferença pressupõe metaforicamente a entrada numa atmosfera estrangeira. Outro clima, outra língua, outro código de valores, outra cultura. A expectativa de estar num país estrangeiro e não falar bem a sua língua faz inaugurar dentro de nós um estado emocional misto de medo e fascínio. Como alguém que vem de fora, depositário também de um misto de expectativas que se traduzem no temor de ser invadido, pirateado, parasitado, ser catequizado por este outro, absolutamente outro, como o de também se sentir fascinado pelo som da sua língua, pelos costumes que carrega na sua bagagem de viagem que nos traz o tempero, a especiaria que nos oferece um sabor diferente no cotidiano. Temos muitas vezes a ideia de que o outro é ou está melhor do que nós e isso é uma abertura. Em síntese, esse estado emocional misto de medo e fascínio acontece de um modo introvertido e extrovertido no exercício da hospitalidade incondicional, é o subjetivo e o objetivo que compartilham e entram em conflito com os sabores e as tensões da diferença dentro e fora de nós mesmos.

Não existe estabilidade ou técnica, o que existe é uma convocação diária para a prática de uma experiência a partir da qual o conflito é o antídoto contra a possibilidade das atuações do nosso narcisismo, do nosso embrutecimento cínico que o poder ilusório da técnica pode nos colocar quando não estabelecemos com ela a ponderação sobre as suas atualizações e seus limites. Terminando o texto com uma frase muito citada na página de pensamentos da revista Caras, presente também

em alguns textos de psicologia, denuncia minha não originalidade para terminar essa reflexão com o supracitado filósofo pré-socrático, o tal do “obscuro” Heráclito: “O conflito é o pai de todas as coisas”. Esse é o verdadeiro espírito do nosso trabalho. Esse estado nos tira do anestesiamento, das convocações inebriantes das ideologias, rompe com as amarras da prisão metafísica de verbos imutáveis que não dialogam com a história. Se formos verdadeiramente fenomenólogos, podemos constatar, concordando com o velho Freud, que a principal função da droga é ter o poder de quebrar as inquietações. Temos, nesse sentido, muita produção de valores e ideias que se fundem nessa mesma atmosfera, mesmo quando a proposta é pensar sobre o fenômeno do consumo de drogas.



Redução de Danos

Denis Roberto da Silva Petuco

Cientista social, mestre em Educação pela UFPB, com projeto sobre os discursos e práticas sociais de pessoas que usam drogas, doutorando em Ciências Sociais na Universidade Federal de Juiz de Fora. É redutor de danos, educador popular e terapeuta comunitário

VOU ENCAMINHAR MINHAS CONSIDERAÇÕES de como o movimento social e as contribuições da Redução de Danos podem nos ajudar a pensar o tratamento, a abordagem, enfim, as políticas públicas para a população usuária de álcool e outras drogas, independentemente de trabalharmos ou não com a Redução de Danos, em uma perspectiva dialógica com o movimento social, principalmente com o movimento da luta antimanicomial da Reforma Psiquiátrica.

Geralmente quando vou fazer essa abordagem, começo um pouco antes falando dos diferentes nascimentos da Redução de Danos em nível internacional, mas aqui vou direto para a Redução de Danos aportando no Brasil.

Voltando um pouco antes da Redução de Danos, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foram lançadas as bases para o Sistema Único de Saúde, inclusive como movimento social.

Em 1988, houve a Assembleia Nacional Constituinte e no texto legal da Constituição, o Artigo 196 diz que saúde é direito de todos. Em 1989, houve a primeira experiência de Redução de Danos no Brasil.

Acho interessante olharmos desse modo, porque percebemos em que caldo de reflexibilidade política no âmbito da Saúde estávamos naquele momento histórico, quando Davi Capistrano, Telma de Souza, Fábio Mesquita, enfim, todas as pessoas que deram aquele primeiro passo, naquela primeira experiência de Santos. No que estávamos inseridos? A primeira experiência acontece um ano antes da lei 80/80, da própria lei do SUS.

É curioso perceber que, em 1989, Santos é muito importante para nós que estamos pensando em Saúde Mental e pensamos a questão do álcool e das drogas. É interessante perceber que, em 1989, Santos tem uma dupla importância para nós. É, a primeira vez que acontece uma experiência de Redução de Danos. 1989 é o ano do fechamento da Casa Anchieta. Então, duas coisas acontecem no mesmo ano, na mesma cidade.

A experiência de Santos foi absolutamente inovadora, mas ela arcou também com as consequências da inovação, enfim, ela não pôde prosseguir, houve muitas pessoas processadas. O processo, na época, a que

essas pessoas foram submetidas, foi pelo Artigo 12, que era o mesmo artigo da antiga lei que definia o crime de tráfico de drogas. Então, fazer Redução de Danos em 1989 era tido por operadores do Direito como um crime idêntico ao crime de traficar drogas. Interessante a Redução de Danos chegar ao Brasil com essa polêmica.

Em 1994, vamos ter o primeiro Programa de Redução de Danos que consegue se instituir e permanecer em Salvador dentro da Universidade Federal da Bahia. Talvez, exatamente por isso, ele tenha conseguido se instituir, se solidificar e se manter. Ele nasce como um projeto de pesquisa e extensão dentro da Faculdade de Medicina.

Nesse ambiente de proteção da universidade, envolto em um ambiente de pesquisa, de extensão, a Redução de Danos conseguiu se desenvolver um pouco mais protegida. O ambiente acadêmico permitiu um pouco mais as ousadias. As inovações parecem um pouco mais complicadas fora dali.

Apenas um ano depois é que o Programa Nacional de AIDS vai começar a investir em outras cidades. Aparecem projetos-piloto em cinco cidades: Salvador, Porto Alegre, Itajaí, Rio de Janeiro e São Paulo. Em 1997, temos o surgimento da Associação Brasileira de Redução de Danos, ou seja, dois anos antes tivemos o surgimento de cinco projetos-piloto e dois anos depois, em 1997, já temos o surgimento da ABORDA¹. Isso dá conta da própria articulação, da própria quantidade de Programas de Redução de Danos que surgiram naquele momento, tivemos um momento de verdadeira explosão de Projetos e Programas de Redução de Danos espalhados pelo Brasil.

Isso começou no final dos anos 90 e durou até o início dos anos 2000, quando teve início justamente o movimento oposto. Em 2002, temos a lei da Reforma Psiquiátrica

Fiz essa linha do tempo para pensarmos um pouco como a Redução de Danos entra nessa história.

Mas, afinal de contas, o que é Redução de Danos? Há várias formas de definirmos Redução de Danos, muitas delas interessantes, como as ministeriais ou de pesquisadores, mas prefiro esta definição, que é a do movimento social, é a definição que encontramos no folder institucional da Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos: é um paradigma que constitui um outro olhar sobre a questão das drogas, instituindo novas tecnologias de intervenção comprometidas com o respeito às diferentes formas de ser e estar no mundo, promovendo saúde e cidadania.

Redução de Danos é também um conjunto de estratégias de promoção de saúde e cidadania construídas para e por pessoas que usam dro-

1 Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos.

gas, que buscam minimizar eventuais consequências do uso de drogas lícitas ou ilícitas, sem colocar a abstinência como o único objetivo do trabalho em Saúde. Por fim, uma única definição de Redução de Danos, mais no âmbito das políticas públicas, aponta que Redução de Danos também pode designar uma política pública igualmente centrada no sujeito e constituída com o foco na promoção de saúde e cidadania das pessoas que usam drogas, respeitando a premissa de que saúde é um direito de todos.

Gostaria de atentar para esse primeiro ponto de quando dizemos que Redução de Danos pode também ser vista como paradigma, para dizer o seguinte: a própria noção de paradigma precisa ser olhada a partir de determinados paradigmas.

Quando falamos de paradigma, falamos no sentido das ciências humanas sociais, ou seja, não estamos falando de um paradigma que vem para substituir os paradigmas anteriores, que é o tipo de divisão paradigmática muito mais comum nas ciências ditas duras, na Física, na Química. Até mesmo nessas áreas, essa noção de paradigma também começa a cair.

Estamos falando aqui radicalmente nesse sentido, de um paradigma que deve ser compreendido como uma nova forma de ver o problema, que não surge para substituir as formas anteriores. Ela surge como mais uma possibilidade de olhar essa problemática, de constituir essa problemática, que não se arroga o direito de ser a forma, o novo paradigma. Por outro lado, se um paradigma nas ciências humanas e sociais não derruba todos os outros anteriores, ele obriga todos os paradigmas anteriores a se repensarem..

É desse tipo de paradigma que estamos falando, um paradigma que não vem para dizer que tudo que tinha sido feito anteriormente estava errado, mas vem para trazer algo de novo e dizer, principalmente, que: “Olha, tudo bem, o que existia antes não tem que desaparecer, mas precisa ser repensado a partir das novidades que trazemos aqui”.

Vimos não para derrubar o que já está instituído, mas, sim, para dialogar com o que está instituído, porque acreditamos que há contribuições para além daquilo que fazemos todas as noites quando vamos fazer trabalho de campo. Acreditamos que temos contribuições a dar para o pensamento epistemológico mesmo, de como pensar ética e cientificamente, no cuidado às pessoas que usam drogas,

Assim, a Redução de Danos se apresenta com uma perspectiva de que ela é, sim, uma possibilidade clínica e política. Ainda que grande parte de nós, redutores de danos, não seja formada por profissionais da clínica, embora existam muitos psicólogos e psicólogas dentro do movimento de Redução de Danos, e acho que não é à toa.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, podemos pensar, por exemplo, a Redução de Danos como uma intervenção política que parte do reconhecimento dos próprios princípios do SUS e propõe, de certo modo, um esgarçamento desses princípios.

O que quero dizer com isso? O princípio do SUS diz, está lá na universalidade, a saúde é um direito de todos. A Redução de Danos vai e leva até o serviço de Saúde pessoas que, eventualmente, não conseguem ou até mesmo as mais radicais que não querem parar de usar drogas. Os serviços de Redução de Danos constituem-se por essas redes de cuidados que aproximam essas pessoas dos serviços de Saúde.

Nesse momento, essa aproximação produz o questionamento: “Então a saúde é para todos? Mas esse *todos* inclui pessoas que não conseguem ou mesmo que não querem parar de usar drogas? Porque, se é para todos, deveria incluir”. Assim, a Redução de Danos, em vários momentos, propõe esses esgarçamentos nos próprios conceitos do SUS.

Temos uma noção de equidade que já está prevista na Lei 80/80, é como se a Redução de Danos, com a sua prática cotidiana, dissesse: “Vamos ver até onde vai essa equidade”.

E tem a própria noção de participação também. Esse é um ponto muito importante, a Redução de Danos vai trazer também essa novidade radical, mas que, ao mesmo tempo, já está colocada nos textos originais da Reforma Sanitária Brasileira, antes mesmo da instituição da Lei 80/80.

Nos textos da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, de algum modo já apareciam esses elementos. Eles não são novos, mas é que de alguma maneira a Redução de Danos pergunta o tempo inteiro: “Está tudo bem, os seus direitos também estão aí, mas eles são extensivos inclusive a essas pessoas aqui?”. O tempo inteiro fazemos isso, e não é só a Redução de Danos que faz essa pergunta..

O movimento da Rede Nacional de Prostitutas faz muito isso, o movimento das travestis faz muito isso, o tempo inteiro os movimentos que trabalham com populações em situação de rua, enfim, temos vários movimentos que trabalham com populações no limite que questionam, que esgarçam esses conceitos. O tempo inteiro eles olham para os serviços do SUS e apontam esses questionamentos: Até que ponto vão mesmo esses compromissos? Eles realmente se efetivam aqui no cotidiano da vida?

Em relação à Reforma Psiquiátrica, o movimento de Redução de Danos faz esse mesmo movimento. Eu diria que, inicialmente, talvez ele traga à tona uma potência até maior que a Reforma Psiquiátrica porque ela é uma potência não do instituído, mas do instituinte. Ela é uma potência que se aproxima muito mais do movimento de Luta Antimanicomial do que do movimento de Reforma Psiquiátrica. É importante fazer essa

separação. A Reforma Psiquiátrica, com tudo que tem de maravilhoso e com tudo que tem que precisamos defender, é um momento da Luta Antimanicomial, que existia antes e que segue existindo depois.

É preciso que mantenhamos esse pé na luta para que não nos deixemos capturar em processos de burocratização. E, novamente, não é só a Redução de Danos que faz isso, o pessoal do acompanhamento terapêutico faz muito esse movimento. Há muitas pessoas dentro dos serviços, dos espaços, dos fóruns, dentro da luta, que fazem esse movimento de desacomodação permanente.

Eu me lembro de uma pessoa do movimento de Redução de Danos que costumava dizer assim: “Os CAPS AD são o dispositivo da Reforma Psiquiátrica”, ou seja, pensarmos na possibilidade do cuidado dessas pessoas para a além da lógica da internação, isso é um dispositivo.

O CAPS AD é um dispositivo que faz a reforma sair do papel e acontecer no cotidiano, e aí esse amigo dizia: “O CAPS AD nasce assim, mas, infelizmente, em grande parte do Brasil, ele nasceu recaído”, porque ele já nasceu instituindo lógicas manicomiais no seu cotidiano. Infelizmente, grande parte deles é um manicômio que está expresso não no muro, não nas grades, mas que está expresso muito mais em práticas, que muitas vezes aprisionam as pessoas dentro de rótulos, conceitos, perspectivas teóricas, em vez de trazer à tona todo o potencial de autonomia, de cidadania., que estão impressos nos compromissos éticos e estéticos da Reforma Psiquiátrica.

A Redução de Danos traz isso e é urgente que ela traga, porque me parece que o movimento da Luta Antimanicomial, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira pensou muito bem a clínica, os cuidados, as novas formas de pensar o cuidado, o acolhimento de pessoas com sofrimento psíquico. Mas parece que, por muito tempo, o cuidado, o acolhimento de pessoas que usam drogas esteve afastado dessas reflexões do movimento da Luta Antimanicomial, do movimento que pensava a instituição de políticas, de serviços, técnicas e tecnologias leves de cuidado dessa população.

Por muito tempo, acharam que podiam passar sem fazer essa reflexão. E a Redução de Danos estava no campo da luta contra a AIDS, e com o pé também no pensamento da Saúde Mental, do acolhimento para além do modelo preventivista, de uma certa Redução de Danos preservista e epidemiológica.

Ainda que sempre estivéssemos pensando sobre isso, era um pensamento que estava muito mais dentro do movimento de luta contra a AIDS, era muito mais aquele o ambiente da Redução de Danos.

Cada vez mais rompemos estas barreiras, tentando fazer esta discussão. Como estamos fazendo agora, nesta discussão e em outras envolvendo o CFP e os CRPs.

Vou falar um pouco dessas contribuições que nós, da Redução de Danos, queremos trazer para podermos pensar no cuidado, no acolhimento e na visão que temos. Até porque o acolhimento, o cuidado e a visão são absolutamente separados. O modo como vemos e escutamos essas pessoas já é o próprio cuidado, é inseparável do cuidado.

Quero colocar algumas reflexões. Este foi o tema de um evento que o CRP-RS promoveu: “Outras palavras no cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas”. Foi no ano passado, e por que *outras palavras*? Quem me conhece do grupo da Reforma Psiquiátrica sabe que discutimos isso, e não é apenas uma discussão semântica do politicamente correto.

Quando pensamos *palavras*, estamos falando, na verdade, de conceitos. Os conceitos são o modo como nós instituímos essas pessoas nos textos científicos e nas políticas públicas. E, principalmente, os conceitos dizem da nossa forma de escutar essas pessoas, da nossa forma de ver essas pessoas.

Então, os conceitos não falam de uma realidade instituída lá na vida, mas falam do modo como olhamos para a vida e como escutamos a vida. Quem entra pela porta do CAPS, senta na nossa frente e diz: “Eu quero conversar com alguém”.

Enfim, os conceitos é que vão permitir que escutemos mais ou menos ou, no pior dos casos, que fiquemos até mesmo surdos para algumas coisas. Ou acabamos escutando coisas com um sentido que elas não tinham efetivamente, que não era o sentido que muitas vezes estava ali presente.

Vemos cada vez mais ser repetida por aí a ideia de que vivemos uma epidemia do crack, por exemplo, será que podemos mesmo considerar o crack uma epidemia? Ou será que a partir dos nossos referenciais éticos, estéticos, científicos, epistemológicos e até mesmo políticos, de defensores da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, essa noção de epidemia do crack tem a ver conosco? Com o que acreditamos? Ou será que a ideia de enxergar o problema do crack como um problema social diz muito mais para nós? É muito mais ampla. Vamos mesmo acreditar que estamos lidando com pessoas que têm problema de uma dependência química, uma dependência que é química? Ou vamos compreender que esse sofrimento é muito mais um sofrimento psíquico-social, para além de toda e qualquer percepção que vá cristalizar tudo em torno do químico, da relação do químico?

O que estamos falando é isso, é a dependência, mas a dependência do quê? Essa dependência precisa de uma complementação, não é? E, aí, completamos com o químico. Mas é disso que estamos falando? Será que esses conceitos, essas noções nos ajudam a pensar o cuidado, o tipo de sofrimento que aquelas pessoas que estão na nossa frente estão

vivendo? Quando caminhamos pela Cracolândia, será que aquilo ali é dependência química? Será que é só isso?

Será que temos na nossa frente um usuário de drogas? Será que é isso que essa pessoa é? Essa pessoa que vai lá no serviço ou que abordamos quando vamos fazer uma busca ativa, quando vamos fazer um trabalho de campo, será que é isso que essa pessoa é? Será que ela é um usuário de drogas ou será que ela é uma pessoa em toda a sua integralidade? O que será que é isso?

Eu me lembro de um CAPS AD que conheci em Porto Alegre, que não acolhia as pessoas que tivessem em uso. Fico lembrando do professor Dartiu Xavier, que pergunta: “Se fosse tão fácil assim parar, as pessoas não precisavam procurar um CAPS AD”, é justamente porque é difícil é que a pessoa busca ajuda”. Felizmente ouvi falar que eles vêm mudando a forma de atenção.

Então, será que a ideia é focar na abstinência ou diz muito mais ao nosso coração, à nossa mente, à nossa racionalidade, de lutadores da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial a dimensão de um projeto terapêutico singular, radicalmente singular?

Vamos mesmo seguir trabalhando com aqueles velhos conceitos morais de que o usuário de drogas é uma pessoa que não tem limites, conceitos morais que permeiam muito uma clínica mediana dos usuários de drogas, e que estão obviamente pautados em reflexões que vêm de um tempo em que a principal clínica dos usuários de drogas que tínhamos era uma clínica privada?

Estamos falando, principalmente, de filhos de uma classe média, e com toda essa noção de desobediência. Trazemos até hoje esta noção: “Ah, o usuário de drogas é uma pessoa que não tem limite, precisamos colocar limites e regras”. Não estou dizendo que tem de ser um “laça a ferro”, mas vamos dar ênfase nesse ponto ou na ideia de um acolhimento incondicional?

Fico pensando no CAPS AD com o qual eu vinha contribuindo lá na cidade de Cabedelo, vizinha de João Pessoa. Temos trabalhado com a formação, com o curso sobre a Redução de Danos com os trabalhadores do CAPS ao longo dos últimos dois meses.

Fiquei muito satisfeito ao saber, recentemente, que eles estão se preparando para abrir o serviço. A prefeitura local está investindo nos últimos meses na formação desses trabalhadores antes mesmo de o serviço abrir. Mas isso é exceção, no restante da Paraíba não acontece isso.

Temos trabalhado com um curso sobre a Redução de Danos com essas pessoas ao longo dos últimos dois meses. Eles elaboraram agora o folder de serviço e uma camiseta, na qual está escrito: “Se você usa drogas e quer parar, não quer parar ou não consegue parar, o CAPS AD pode lhe ajudar”.

Ficou uma rima meio forçada, mas achei muito bonita e muito significativa essa ideia de acolhimento incondicional, ou seja, acolhemos você se você quiser pensar o seu uso para parar de usar, se você quiser pensar o seu uso para seguir usando e reduzir danos. “Vamos te acolher se você quiser vir para cá, se você quiser chegar no serviço para pensar o seu uso, para pensar estratégias de cuidar, vamos pensar juntos”, é isso, um acolhimento incondicional.

Vamos pensar na ideia de internação como um único caminho ou vamos pensar na ideia de um itinerário terapêutico? Que, sim, pode ter muitas vezes a internação como o início desse itinerário ou em algum momento intermediário, lá no meio do caminho, enfim, a internação como um elemento nesse repertório de práticas de tecnologias e de cuidados de que precisamos. Vamos seguir acreditando que o usuário de drogas é um manipulador perverso, que ele manipula, que precisamos ser malandros na clínica senão ele vai nos manipular?

Na educação popular, costumamos dizer que uma pessoa só mente quando ela não tem liberdade para dizer a verdade. Não sei se na Psicologia é assim. Quando damos liberdade para a pessoa dizer a verdade, ela não mente. Isso lá nas teorias muito singelas do Paulo Freire, ele dizia isso, enfim, teorias singelas e anacrônicas, mas que são cada vez mais importantes,.

O Paulo Freire também aponta o caminho para isso quando fala, na Pedagogia, de um princípio da dialogicidade verdadeira. Para Paulo Freire, o caminho se faz radicalmente no caminhar, é educador e educando andando lado a lado, na frente de um mato fechado, cada um com seu facão abrindo caminho juntos, inventamos juntos um caminho.

A Redução de Danos traz isso, essa novidade. Inventamos um caminho juntos, não está fechado. O movimento de Acompanhamento Terapêutico também nos fala da clínica aberta, é disso que estamos falando aqui.

Por fim, vamos acreditar na ideia da criminalização, vamos engolir esse discurso de que os nossos clientes, os nossos usuários, os nossos pacientes são criminosos? Vamos engolir isso? Se engolirmos isso, não conseguiremos cuidar dessas pessoas em uma perspectiva de cidadania.

O que a Redução de Danos traz de mais novo, para o movimento da Reforma Psiquiátrica, talvez seja o seguinte: “Olha, não precisamos abrir mão desses princípios na hora de cuidar das pessoas que usam drogas”, porque o que eu tenho visto por aí, infelizmente, são pessoas maravilhosas, pessoas que têm uma clínica extremamente aberta, ampla, problematizadora, mas que na hora de acolher pessoas que usam drogas, dizem: “Não, não, mas com essas pessoas é diferente, com essas aqui não dá, com essas não funciona, aqui é outra coisa”.

A boa notícia que a Redução de Danos traz é essa de que não é preciso abrir mão desses princípios éticos, muito pelo contrário. É justamente quando radicalizamos esses princípios que conseguimos produzir algo de novo no cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas.

A noção da dimensão da cidadania, da promoção de cidadania, traz também uma outra reflexão importante, que é a ideia de que existem alguns discursos que são interditos e alguns que são quase obrigatórios na hora de acolhermos pessoas que usam drogas.

É como se houvesse apenas dois discursos permitidos às pessoas que usam drogas: os que vou chamar de *heroicos*, aquele da pessoa que já superou o problema das drogas e que hoje se apresentou como um exemplo, ou, então, aquilo que eu chamo de discurso *desesperado*, da pessoa que ainda não superou o problema da droga e que precisa desesperadamente de ajuda, qualquer ajuda.

Esses dois discursos são autorizados, são esses que vamos ver na mídia, muitas vezes acontecendo também dentro do serviço de Saúde, inclusive dentro do CAPS. Vou insistir que não são os únicos. Aparecem como únicos porque são os únicos autorizados e as pessoas que usam drogas sabem disso. Não quero dizer que não existe pessoa que usa droga que chega no CAPS AD pedindo: “Por favor, pelo amor de Deus me ajuda, eu quero parar com a droga, eu quero abstinência”. Não estou querendo dizer que essas pessoas são mentirosas, não é isso.

Mas eu estou trazendo de novo aquela dimensão que a educação popular nos diz: será que essas pessoas têm liberdade para dizer algo diferente disso? Será que estamos dando essa liberdade? Será que elas sabem que podem dizer algo diferente disso? Será que a nossa escuta lá no CAPS AD está aberta para ouvirmos algo que seja diferente desses dois discursos?

A Redução de Danos vai para campo buscando algo diferente disso. Porque estamos atrás. A Redução de Danos foi construída justamente para quem usa e não consegue ou não quer parar, para todos os outros existem as outras tecnologias. Então, a Redução de Danos já surge querendo ouvir justamente esse outro discurso.

Ainda nessa dimensão, há um longo caminho para a construção dessa cidadania. Há dois exemplos históricos que têm a ver com a Redução de Danos também, ainda que não seja a própria Redução de Danos.

O primeiro exemplo é o movimento da luta contra a AIDS. Todos devem lembrar que, quando a epidemia começou a ser pensada, trabalhávamos com a noção de grupo de risco. Todo mundo lembra também da catástrofe que foi trabalharmos com o conceito de grupo de risco.

Ainda bem que nos demos conta rapidamente da bobagem que estávamos fazendo, paramos de trabalhar com esse conceito de culpabili-

zação de determinados grupos sociais, porque era isso que a noção de grupo de risco trazia. Como se determinados grupos fossem os culpados pela epidemia.

Em um segundo momento, há um movimento mundial de luta contra a AIDS. Ele traz uma novidade muito interessante, que são esses grupos que deixaram de ser vistos como grupos de riscos e passaram a ser vistos como protagonistas no processo de construção das políticas de Saúde.

Então, as prostitutas, os usuários de drogas, os travestis e várias outras populações são chamados à condição de ocupar o centro da arena de debates, de igual para igual, junto com governos, com a universidade, produzindo a reflexão sobre as políticas de cuidado e produzindo a reflexão sobre os próprios conceitos científicos que são utilizados nas pesquisas.

O movimento de AIDS contribui com uma potência fantástica. Tem associações de populações específicas, como de prostitutas e o movimento LGBT, que hoje em dia participam da própria discussão epistemológica a respeito dos conceitos científicos que vão ser usados nas pesquisas em torno dessa população. É uma discussão que foi para além da própria política, que se tornou política e epistemológica.

O movimento de AIDS mostra o quanto é potente trazer essas pessoas para a condição de sujeito, dar voz a essas pessoas, em vez de falar por essas pessoas, construir passarelas por meio das quais elas adentram nas arenas públicas de debates.

No segundo exemplo que mostra os limites da questão das drogas, é o exemplo histórico trazido pelo movimento Marcha da Maconha. Lembrem a quantidade de lugares no Brasil onde essa atividade foi proibida. É importante fazermos a reflexão sobre a proibição das manifestações conhecidas como Marcha da Maconha, quando proibimos essas pessoas de irem para a rua e fazerem uma caminhada com cartazes e palavras de ordem. Este que é um dispositivo de discussão política muito utilizado pelos movimentos sociais ao longo de toda a história, o dispositivo de ir para a rua com cartazes e palavras de ordem, isso que é tão antigo e tão potente.

No momento em que proibimos essas pessoas que usam drogas, que usam maconha, que querem discutir as políticas de maconha, no momento em que os proibimos de usarem esse dispositivo, estamos mandando para eles o seguinte recado: “Gente, essas liberdades políticas que nós tão arduamente conquistamos quando enfrentamos a Ditadura Militar, quando conquistamos o movimento de abertura política no Brasil, quando instituímos a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde um processo que percebe o quanto é preciosa a participação dos movimentos sociais, da população, do pensamento, da elaboração das políticas públicas no Brasil, todo esse espaço, todo esse direito que conquistamos de ir para

a rua e nos manifestarmos politicamente, esse direito é vedado a vocês, não podem fazer isso, não autorizamos vocês a usarem o mesmo dispositivo que nós, cidadãos de bem, utilizamos, nós temos o direito de ir para a rua, gritar palavras de ordem e levantar cartazes, mas vocês, seus maco-nheiros, vocês não têm esse direito”. É esse o recado que nós demos para eles. Em vários lugares do Brasil essa atividade foi proibida.

É importante que eu diga isso porque estou falando na condição de movimento social de Redução de Danos. Isso não significa que os movimentos de Redução de Danos defendem a legalização da maconha, não, isso não é consenso no movimento de Redução de Danos.

O que é consenso é: vamos defender radicalmente o direito das pessoas que usam drogas de se organizarem e se manifestarem com total autonomia. Mesmo que seja para dizer algo que eventualmente não gostemos.



Seis faces de um CAPS AD

Ariane Cristine Custodio dos Santos

Daniel Vannucci Dobies

Fernanda Pastori

Flaviana Rodrigues de Sousa

Juliana Hernandez Correa

Viviane Marcondes Nagata

Profissionais do CAPS AD Independência (Campinas – SP)

COM A PORTA ABERTA À ESPERA DO IMPREVISÍVEL, o CAPS AD acolhe as pessoas em sua singularidade, fazendo desta a grande aliada na construção de caminhos possíveis. No caminho, a vida se repete, gira e revira, até que algo de inédito se revela reinventando as histórias. Histórias que contaremos aqui.

Jhonny, um jovem usuário de crack e com vivência de rua, chega ao CAPS AD acompanhado por familiar, a contragosto e visivelmente em más condições clínicas. Em acolhimento individual, ele apresenta alguma crítica em relação ao uso nocivo de crack e faz comentários irônicos quanto à glicemia alterada. Desafia-nos, num serviço “porta aberta” na lógica da Redução de Danos, a lidar com a gravidade de sua situação sem que se mostre receptivo a qualquer proposta de cuidado.

Não retorna ao CAPS AD como já dava indícios e, dentro da proposta do trabalho em rede, continua a ser acompanhado por unidades da Atenção Básica; por equipamentos da Assistência Social que abordam pessoas em situação de rua. Frequentemente é atendido no Pronto Atendimento (PA) devido às emergências clínicas, de onde foge. Também chega a ser internado na enfermaria de saúde mental em Hospital Geral. Entretanto, seu diabetes se agrava e ele necessita amputar uma das pernas. Começa a ser abordado também pela equipe de Redução de Danos do CAPS AD pelas ruas onde transita e faz uso de substâncias.

Com os redutores de danos, uma vinculação é possível. Na rua, os redutores o acompanham semanalmente e, autorizados pelo jovem, vão na companhia de uma enfermeira da Atenção Básica. Um olhar para aquele jovem é lançado, sem necessariamente apontar seu visível definhamento ou demandar por ele um cuidado ou tratamento, mas um olhar para o

sujeito e uma disponibilidade para ajudá-lo, uma atenção ao jovem com respeito às suas escolhas e ao seu tempo.

A Redução de Danos começou como estratégia para abordagem de pessoas na rua com o objetivo de conter a disseminação do HIV. Hoje, porém, ela orienta uma forma de cuidado às pessoas com problemas associados ao uso de substâncias. Como no caso do discreto senhor que vai ao CAPS toda semana para um grupo de psicoterapia, depois de sair do trabalho.

José, que em sua história de vida acostumou-se a contar piadas em bares, passava horas dividindo garrafas de cachaça e, vez ou outra, precisava de auxílio para chegar em casa, carregado pelo SAMU e com passagem pelo Pronto Atendimento. Começou a se deparar com conflitos familiares e ter problemas com o trabalho. Anima-se com o convite para participar dos Alcoólicos Anônimos (AA). Sua vida melhora tanto que ele resolve fundar um novo grupo de AA, em seu próprio bairro. Fica abstinente e agrega novos companheiros ao seu grupo. Porém, uma recaída ocorre e tudo desaba. Envergonhado, ele não retorna mais ao AA. Volta a beber como antes. Na verdade, “mais ainda”, como ele próprio avalia.

Uma nova tentativa de parar de beber é feita. Vai ao CAPS AD e consegue permanecer abstinente por alguns períodos. Em outros, faz uso mais frequente e tem momentos de uso reduzido de cachaça. Formula e experimenta diversas alternativas para lidar com a bebida alcoólica: evitar o primeiro gole, beber somente depois do trabalho, beber a cada dois dias, definir horário para voltar para casa, beber só nas folgas, etc. Nada disso parece dar certo, pois ocorrem episódios de uso intenso, diário, quedas pela rua, irritação com a família, perda de compromissos. Mas esses problemas diminuem em frequência e gravidade. Até que ele resolve não beber mais cachaça ou bebidas alcoólicas consideradas “fortes”, mas manter o uso de cerveja. Desde então, esse senhor discreto fala de suas relações interpessoais, sua circulação social, seus planos e, bem raramente, de um exagero de cervejas restrito a um dia de calor e folga do trabalho, que lhe rende, no máximo, uma ressaca no dia seguinte.

Uma história parecida é a do Sr. Júlio, usuário de álcool de longa data que, após dois anos de acompanhamento no CAPS AD, faz a opção de manter-se abstinente. Júlio está inserido no serviço desde sua inauguração, apresenta várias recaídas, queixa da relação familiar e repetidamente solicita ambiente protegido (leito-noite e internação) acreditando ser a solução de seus problemas. Foi então, a partir de investimentos em espaços de escuta e na co-construção de seu projeto terapêutico, que se articulou o cuidado e as ações pulsando para fora do serviço. Aos poucos, o setting terapêutico foi ampliado: circular pelo território e conhecer outros espaços da comunidade. Um leque de possibilidades se abriu, Júlio consegue abandonar o lugar da queixa e passa a experimentar outra função

social: insere-se em atividades no Centro de Convivência, volta a estudar (programa de alfabetização), sente-se motivado para participar de espaços de controle social e dos encontros da Luta Antimanicomial pelo país. Com outra postura, Júlio enfrenta os problemas do dia a dia, circula de forma ampliada pela cidade, fortalece seus laços sociais e de forma potente aumenta seu repertório de vida. Um cotidiano recheado, com produção de sentidos e, ao mesmo tempo, autonomia e responsabilidades.

Augusta é outro exemplo de ampliação de possibilidades obtidas a partir das atividades no CAPS. Com cerca de 40 anos, ela sempre conseguiu se virar para obter o seu próprio sustento, principalmente pelo comércio. Vendia frutas, medicamentos “controlados” e, em casos extremos, se prostituía. Com bom tato para as vendas e negociações, Augusta uniu a isso o conhecimento e as habilidades adquiridas na Oficina de Culinária para abrir sua própria lanchonete. Lá vende salgados e doces, preparados por ela, seguindo as receitas aprendidas na Oficina.

Tecer redes e olhar para as singularidades dos sujeitos é tão presente na clínica do CAPS AD que o caso de Branca ilustra a composição diária de um projeto terapêutico singular, intersetorial e compartilhado. Delirante com as cores e se referindo à mãe como “bruxa”, Branca chega ao CAPS em crise, apresentando uso abusivo de crack após ter seus filhos abrigados. Sem trabalho, sem a possibilidade de convivência com a mãe “perseguidora” e sem a possibilidade de ver os filhos, o CAPS entra como uma rede possível de ajuda, mas não a única.

Branca chega a ficar internada, seu delírio cessa e, mesmo com a possibilidade de convivência com a mãe, decide permanecer em situação de rua. Passa a demandar questões para além da saúde. Queria os filhos de volta, um lugar para ficar, um trabalho, e por último, talvez, interromper o uso de SPAs (Substâncias PsicoAtivas).

Junto à Assistência Social, articulamos albergue, pensões, benefício, geração de renda, contato com Vara da Infância, e mesmo assim, Branca optou pela rua. Para nossa surpresa, mesmo permanecendo nesta condição, mantinha-se vinculada ao CAPS AD chegando a ficar momentos sem fazer uso de crack. Percebemos que fazia parte de uma escolha e era um direito seu, não cabendo ao serviço decidir por ela. Hoje, tenta retomar sua vida. Mora em uma pensão, continua sem os filhos e a mãe mudou de cidade. Entre idas e vindas de crises, o uso de SPA’s se apresenta como um dos nós que atravessa a complexidade dessa vida, exigindo para tal uma rede de cuidados intersetoriais.

Além das parcerias com a rede voltadas à ampliação da clínica, lidamos também com demandas mais específicas, como nos mostra Hugo. Ele chega ao CAPS AD pouco antes de completar 18 anos, acompanhado por sua mãe. É inserido em Grupos de Acolhimento, nos quais refere uso abusivo de cocaína

e maconha, e deixa transparecer a relação complicada com a mãe. A partir das discussões entre os profissionais da equipe, compartilhadas com o próprio Hugo, nota-se que o problema central não era o uso de drogas e sim o relacionamento entre mãe e filho. Então, inicia-se atendimento com os dois juntos, na perspectiva de que assim poderiam ser abordadas da melhor maneira as questões da vida de Hugo, inclusive no que diz respeito ao seu uso de drogas.

Os nomes utilizados são fictícios.

CRÉDITOS IMAGENS

STOCKPHOTO: PÁGINAS 34, 42, 66, 74, 92, 108, 126

MIGUEL DENARO: PÁGINA 8

PONTO DE CULTURA É DE LEI: PÁGINA 14

PONTO DE CULTURA É DE LEI: PÁGINA 22

???: PÁGINA 42

?MILTON ROBERTO GONÇALVES?: PÁGINA 50

?MARCELLO MATOS?: PÁGINA 60

LIGIA MINAMI: PÁGINA 114

DENISE MAURICIO: PÁGINA 120

LIGIA MINAMI: PÁGINA 138



Conselho Regional de Psicologia SP

*Este livro foi composto na família
Meta, projetada pelo designer
Eric Speakermann. Foram
impressas XXX unidades na na
gráfica XXXX, em abril de 2012.*